

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1932.

820
N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris, en 1932

PAR

Yvette BINET

Née le 18 Décembre 1906 à Ribemont-sur-Ancre (Somme)

***Pneumothorax artificiel
et Gestation***

Président : M. Léon BERNARD, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE N. TRÉCULT
28, RUE SERPENTE

1932

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1932.

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris, en 1932

PAR

Yvette BINET

Née le 18 Décembre 1906 à Ribemont-sur-Ancre (Somme)

Pneumothorax artificiel et Gestation

Président : M. Léon BERNARD, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE N. TRÉCULT
28, RUE SERPENTE

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOËCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNEO.
	LEIARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAIQUANINE	Neurologie et Psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.	
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphili-
VALLÉRY-RADOT	graphie.
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
REITTERER	Histologie
ZIMMERN	Physique

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire ..	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Educction physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde affection
et de ma sincère reconnaissance pour les
soins continus et les encouragements qu'ils
ont bien voulu me prodiguer au cours de
mes études.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique de la Tuberculose à la Faculté
de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommage de respectueuse et profonde reconnaissance pour son enseignement, pour les conseils si utiles qu'il nous a prodigués dans l'exécution de ce travail et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

HISTORIQUE. — De tous temps, les médecins se sont demandés quels rapports unissaient la tuberculose et la fonction de reproduction chez la femme.

Sans vouloir faire dans ce bref ouvrage, l'historique complet de la question, nous rappellerons seulement que Franc, Baunies, Brioude, Dugès pensent que la gestation modère ou arrête complètement dans sa marche la phtisie pulmonaire. Cullen écrit : « La grossesse retarde souvent les progrès de la phtisie », mais il pense qu'après l'accouchement « les symptômes reviennent avec violence et provoquent la mort en peu de temps ».

En 1770, Rozières de Chassenge, dans son Manuel des Pulmiques, émet la même opinion. Et Mauriceau ne rapporte qu'une seule observation montrant la mauvaise influence de la gestation sur la phtisie.

Louis, le premier, crut, après maintes hésitations, à l'action néfaste de la gestation sur la tuberculose. Grisolle en 1849 et Dubreuilh en 1852, présentèrent à l'Académie de Médecine un mémoire dont les conclusions sont identiques à celles de Louis. Depuis lors, aucun auteur n'a plus contesté cette action néfaste exercée par la gestation sur la tuberculose pulmonaire.

INFLUENCE DE LA GESTATION SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. — Examinons d'abord ce qui se passe chez une femme enceinte non atteinte de tuberculose. Il existe « deux phases bien distinctes au cours

de la grossesse, l'une initiale d'édification fœtale, d'adaptation de l'organisme maternel à sa nouvelle fonction, période de début qui n'est que la traduction d'une véritable toxémie gravidique, probablement d'origine placentaire ; c'est la mauvaise période, des malaises, de l'amaigrissement, des vomissements, puis une seconde phase pendant laquelle il semble au contraire que la femme bénéficie de son état ; fixant l'eau, les graisses, les albumines, nous la voyons grossir plus que ne devrait le permettre le simple développement de son œuf et il est courant qu'elle nous dise se sentir mieux qu'elle n'a jamais été. » (M. Dessoubry).

Il en est quelquefois de même chez la femme enceinte tuberculeuse ; mais dans ces cas, rares il est vrai, l'amélioration est due vraisemblablement à l'action mécanique exercée par l'œuf qui se développe, sur la lésion pulmonaire. L'énorme ascension du diaphragme pendant les derniers mois de la gestation contribue à collaber le poumon et joue ainsi le rôle de phrénicectomie.

Mais s'il est possible d'apporter certains cas favorables ou indifférents, il est bien plus facile de publier des cas où l'aggravation est manifeste. C'est qu'il n'y a aucune commune mesure entre ces cas.

M. le Professeur Léon Bernard écrit : « En réalité, ceux-ci différencient, non pas des étapes de la maladie, mais des formes d'évolution entièrement différentes, et différentes parce qu'elle sont gouvernées par l'état réactionnel, spécifique, par l'état d'allergie de l'organisme au bacille de Koch, état commandé lui-même par la valeur immunisante variable de l'infection bacillaire. Devant un malade qui présente des signes manifestes de tuberculose, nous devons aujourd'hui nous demander, non pas à quel degré de la maladie il se trouve, mais à quelle forme il a affaire : s'agit-il d'une tuberculose évolutive ou d'une tuberculose arrêtée, frustrée ou occulte ? La lésion est-elle active ou inactive ? Telles sont les

données du problème qu'il est nécessaire d'élucider pour préciser l'avenir du malade. »

En effet, la question du diagnostic précis de la forme de tuberculose est d'une importance capitale. Malheureusement nous ne possédons aucun test certain nous permettant d'apprécier l'état évolutif de la tuberculose. Bar et Devraigne d'abord, puis Nobécourt et Paraf ont pu constater que dans certains cas, la cuti-réaction à la tuberculose pouvait devenir négative vers la fin de la gestation et après l'accouchement chez des femmes manifestement tuberculeuses ; il se produit à ce moment un véritable état d'*anergie* « qui traduit la suspension de résistance, de l'immunité acquise au bacille de Koch ». Mais ces résultats ne sont pas constants et nous ne pouvons d'une manière générale, tirer de ce fait, que de très légères indications sur l'état évolutif de la maladie.

L'accord n'a jamais été unanime entre les auteurs sur la date d'aggravation des symptômes par rapport à l'âge de la gestation. MM. Sergent et Siredey croient que pendant la gravidité proprement dite, la tuberculose est souvent assez bien tolérée, mais que l'évolution s'accélère presque toujours, parfois d'une manière foudroyante, immédiatement après l'accouchement ou dans les semaines qui suivent. M. Léon Bernard a noté que sur 164 femmes tuberculeuses observées pendant les six premiers mois de l'année 1921, 31 d'entre elles ont présenté une poussée évolutive pendant la gestation ou après l'accouchement : donc plus de 18 pour 100.

Parmi ces femmes, il a trouvé :

A) Cas ayant débuté pendant la gestation	6
Cas ayant débuté après l'accouchement	13
B) Cas ayant été réveillés ou aggravés par la gestation	8
B) Cas ayant été réveillés ou aggravés par l'accouchement	4

« La conclusion qui semble ressortir de cette statistique, c'est que les femmes qui présentent des manifestations actives ou récentes de tuberculose n'attendent pas en général l'accouchement pour voir leur tuberculose s'aggraver : dès la gestation, on observe l'aggravation ou le réveil de ces manifestations ».

Envisageons maintenant l'effet de *l'allaitement* sur la tuberculose pulmonaire. Nous pensons qu'il est un facteur d'aggravation ajouté à l'accouchement et qu'il augmente les risques de la tuberculose.

Le Professeur Léon Bernard écrit : « Une tuberculeuse, tant dans l'intérêt de son enfant que dans le sien propre ne doit pas allaiter. Si, dans des circonstances exceptionnelles, l'allaitement maternel doit être autorisé pendant un court temps, il doit être pratiqué à l'abri des précautions que j'ai instituées à ma crèche de l'hôpital Laënnec. Ces précautions, je les prends durant le délai d'observation à laquelle sont soumises les femmes qui me sont envoyées avec la présomption de tuberculose : au moment de la têtée, la mère malade revêt une blouse et un masque, de manière à ce que l'enfant ne soit en contact ni avec des souillures du vêtement ou avec le visage, ni aux gouttelettes de Flügge. Mais lorsqu'il s'agit d'une tuberculose active, l'allaitement est interrompu. Celui-ci aurait sur la maladie de la mère une influence pernicieuse ». M. Rist est aussi de cet avis.

En résumé, nous pouvons donc conclure que :

1° la gestation et l'accouchement exercent une influence indéniable sur la tuberculose, la tuberculose manifeste étant souvent aggravée dès la gestation, la provocation d'une évolution tuberculeuse étant plus fréquemment consécutive à l'accouchement, surtout si celui-ci est suivi d'allaitement.

Cette influence est surtout à redouter dans les formes évolutives de la maladie.

2° dans les tuberculoses scléreuses localisées, actives ou inactives, cette influence pernicieuse est beaucoup moins à craindre.

MODES ACTUELS DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Nous envisagerons d'une part : le TRAITEMENT MÉDICAL dans le cadre duquel entrent désormais la pratique du Pneumothorax artificiel et la chrysothérapie et d'autre part le TRAITEMENT OBSTÉTRICAL (avortement thérapeutique et hystérectomie) :

TRAITEMENT MÉDICAL. — Le traitement par *pneumothorax artificiel* est encore appelé méthode de Forlanini, du nom de son inventeur, un médecin de Pavie, dont la première initiative eut lieu en 1894. Ce fut M. Dumarest qui introduisit la méthode en France en 1908. Depuis cette date de nombreux médecins l'ont employée et actuellement ses succès ne se comptent plus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Nous ne parlerons pas ici du mode d'action du pneumothorax. Il ne fut pas employé rapidement quand il y avait coexistence de tuberculose et de grossesse. Le Docteur Grimbart dans sa thèse en 1923 « Grossesse et Pneumothorax artificiel » écrit : « On a pensé, non sans raison, que dans ce cas particulier, il pouvait y avoir des risques sérieux. La gravidité est un surcroît de travail pour l'organisme et on pouvait croire que la femme n'avait pas trop de ses deux poumons pour assurer l'hémostase de deux êtres. En supprimant brusquement un poumon, malade il est vrai, mais respirant encore, n'allait-il pas y avoir une dyspnée intense, une tendance à l'asphyxie ? D'autre part, le cœur

droit qui subit du fait de la réduction du champ de l'hématose un travail supplémentaire très net, ne se laisserait-il pas dilater en s'additionnant à l'autre travail supplémentaire imposé par la grossesse ? Les accidents digestifs très fréquents au début du pneumothorax ajoutés à ceux également fréquents du début de la gestation n'obligeraient-ils pas à interrompre rapidement le traitement ».

Actuellement tous ces doutes sont levés; chez les femmes enceintes tuberculeuses traitées par le pneumothorax artificiel, aucun de ces accidents n'a été à redouter.

Nous verrons par les 65 observations de cet ouvrage que dans presque tous les cas, l'action bienfaisante du pneumothorax sera la même que pour les tuberculoses non compliquées de grossesse. Nous pouvons donc faire nôtre la formule du Professeur Léon Bernard « *Le pneumothorax restaure l'aptitude à la maternité.* »

En cas de gestation, puisque l'évolution de la tuberculose est plus rapide qu'en temps ordinaire, il faudra donc préconiser l'institution d'un pneumothorax sans hésitation et avec plus de célérité toutes les fois que ce sera possible.

Le traitement ne sera pas cessé à l'approche du terme, ni pendant les suites de couches; le plus souvent l'accouchement se fera normalement.

Nous n'envisagerons pas uniquement dans ce travail, le traitement par pneumothorax artificiel chez une femme tuberculeuse. Dans certaines de nos observations, une association de traitement par la *chrysothérapie* et le pneumothorax a été instituée.

Le traitement par les sels d'or n'est pas nouveau. En 1526 déjà, Paracelse traitait la phtisie par de l'or en combinaison avec le mercure. Mais l'effet violent de ce médicament le discrédita bientôt. Après la découverte du bacille de la tuberculose par Robert Koch en 1880, les essais de chimiothérapie

de la tuberculose pulmonaire ont été nombreux. Au Danemark, Mollgaard, après avoir essayé toute une série de combinaisons qui se montrèrent très toxiques, a porté son attention sur le soufre et s'en est tenu à l'auro-thiosulfate de sodium. C'est cette combinaison que nous employons en France sous le nom de Grisalbine.

Actuellement encore, il est impossible de préciser le mode d'action de ce médicament. On n'a pu observer que des modifications cliniques favorables dans la plupart des cas. C'est ainsi que sur les signes radiologiques, les modifications dues au traitement se manifestent de plusieurs manières : c'est tantôt une évolution vers la sclérose, tantôt les ombres diminuent d'intensité et d'étendue ; parfois même les cavernes diminuent de volume.

Nous ne possédons que 4 observations de femmes ayant présenté le double traitement par le pneumothorax artificiel et la chrysothérapie. L'efficacité du traitement a été très petite dans deux cas. Nous ne pouvons malheureusement tirer de statistique d'un nombre d'observations aussi restreint.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL. — Nous envisagerons ici l'avortement thérapeutique et l'hystérectomie.

L'avortement thérapeutique fut proposé pour la première fois par Pascalli et Bompiani au Congrès de Rome en 1886. Il fit rapidement des adeptes surtout en Amérique et en Allemagne. En France de nombreuses et longues discussions eurent lieu dans différentes sociétés médicales sur cette question et la plus importante fut celle de l'Académie de Médecine qui dura plusieurs mois en 1922.

Il n'y a pas en France d'interventionnistes absolus. Cependant le Professeur Brindeau en 1921 à la Société d'Obstétrique et de gynécologie dit : « je considère que dans des cas rares, l'interruption de la gestation est *nettement* indiquée : a) chez des femmes tuberculeuses dont la maladie coïncide avec

une autre affection qui poserait également l'indication de l'avortement thérapeutique (vomissements graves, rétrécissement mitral mal compensé, mal de Bright, etc) ; b) chez les femmes dont la tuberculose est très nettement aggravée dès le début de la gestation, aggravation portant principalement sur la fièvre, l'amaigrissement, l'évolution rapide des lésions pulmonaires, constatée cliniquement et radioscopiquement ; c) chez les femmes ayant subi un accouchement antérieur et redevenues enceintes presque aussitôt. »

M. Bar, Sergent et leur élève Dessoubry précisèrent d'ailleurs qu'en aucun cas, l'avortement thérapeutique ne doit être pratiqué après le quatrième mois de la gestation. D'autre part, dans quelques rares cas, la stérilisation a été pratiquée par section des trompes entre deux ligatures ; parfois encore, on a eu recours à l'hystérectomie. M. Brindeau dit : « Les suites opératoires sont, en général, des plus simples, on ne voit pas se produire de coup de fouet et le plus souvent la courbe thermique n'est pas modifiée. »

Au premier rang des abstentionnistes, nous citerons le Professeur Pinard qui n'admet l'interruption de gestation en aucun cas. Le Professeur Léon Bernard pense que dans les formes scléreuses localisées, non évolutives de la maladie « on peut espérer que les lésions s'arrêteront spontanément et inversement, on ne peut pas affirmer que l'avortement les arrêtera sûrement ; si, en plus, ces lésions sont unilatérales — ce qui est fréquent dans ces conjonctures — le pneumothorax arrêtera la marche presque à coup sûr et permettra à la gestation de s'acheminer presque sans encombre jusqu'au terme. »

A côté de ces cas où des lésions évolutives initiales, unilatérales et localisées permettent le pneumothorax ou au moins un pronostic rassurant, une deuxième catégorie de cas comprend ceux où il s'agit de lésions déjà avancées, bilatérales, très évolu-

tives ; je pense qu'on ne peut guère espérer alors que l'avortement suspende l'évolution ; par contre le maintien d'une grossesse surveillée pourra quelquefois permettre la mise au monde d'un enfant sain ».

Nous nous rallions à cette dernière opinion. Il faut affirmer la valeur du pneumothorax artificiel chez la gestante tuberculeuse ; elle est menacée si sérieusement d'une aggravation brusque de son mal, soit au cours de la grossesse, soit au cours de l'accouchement qu'il faut prendre les devants et instituer un pneumothorax artificiel dans les conditions les plus favorables et les plus efficaces, au lieu de ne l'instituer que lorsqu'on aura la main forcée par les événements, c'est-à-dire trop tard.

Nous citerons une statistique que le Docteur Dessoubry nous a autorisée à publier et qui semble aller à l'encontre de ce que nous pensons sur l'opportunité d'un avortement thérapeutique. Sur 38 femmes observées ayant eu des signes d'activité à un moment donné de leur grossesse : 25 décès. Sur 16 femmes observées dans les mêmes conditions, mais ayant eu un avortement thérapeutique : 3 décès. Mais rien ne prouve que si ces 38 femmes avaient été traitées par un pneumothorax artificiel ou par la chrysothérapie, le nombre des décès aurait été aussi élevé.

Nous nous efforcerons dans ce travail, de montrer par de nombreuses observations, ce qu'on est en droit d'attendre d'un traitement bien conduit chez une femme tuberculeuse, en état de gestation ou susceptible de devenir enceinte.

Nous ferons aussi remarquer qu'une liaison étroite doit exister entre le phthisiologue et l'accoucheur tant au cours de la grossesse qu'au cours du post-partum chez les tuberculeuses en état de gestation.

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ DU PLAN DE LA THÈSE

Ce plan nous fut inspiré par notre Cher Maître, le Professeur Léon Bernard dans le service duquel nous avons pu suivre de nombreuses malades traitées par un pneumothorax artificiel. Dans le Service du Docteur Rist en 1928 à l'Hôpital Laënnec nous avons traité plusieurs femmes en état de gestation, par la collapsothérapie gazeuse. Puis pendant un séjour que nous fîmes à titre d'interne dans un sanatorium public, nous avons ainsi soigné une femme dont le début des accidents tuberculeux coïncidait avec le commencement d'une grossesse.

Nous avons recherché dans le service du Professeur Léon Bernard toutes les observations de malades qui depuis l'année 1921 ont eu à un moment donné de leur vie un traitement par pneumothorax artificiel et une ou plusieurs gestations. 8 observations contenues dans cet ouvrage ont été prises dans la Thèse du Docteur Péraire qui nous a autorisée à les publier ; plusieurs d'entre elles ont d'ailleurs été complétées par nos soins.

Nous classons nos observations en six groupes qui feront chacun l'objet d'un chapitre particulier.

1^{er} GROUPE.

Pneumothorax cessé. — Grossesse ultérieure.

Nous envisagerons 3 catégories suivant que le pneumothorax a été cessé :

- (a) délibérément,
- (b) par abandon de la malade,
- (c) par symphyse précoce.

Dans chacune de ces trois catégories nous envisagerons 2 délais qui sont :

A. Durée totale du pneumothorax,

B. Intervalle compris entre la cessation du pneumothorax et la gestation.

Enfin nous parlerons des suites lointaines.
(En tout 4 observations).

2° GROUPE.

Pneumothorax en cours et grossesse intercurrente.

Nous envisagerons comme délai celui qui est compris entre le début du traitement et le début de la gestation (40 observations).

3° GROUPE.

Tuberculose survenant au cours d'une grossesse et soignée par un pneumothorax artificiel.

- a) chez des femmes saines en apparence,
- b) chez des femmes ayant des antécédents tuberculeux.

(En tout 9 observations).

4° GROUPE.

Pneumothorax bilatéral.

Nous distinguerons :

- a) la bilatéralisation avant la grossesse,
- b) la bilatéralisation pendant la grossesse.
(4 observations).

5° GROUPE.

Associations chrysothérapiques.
(4 observations).

6° GROUPE.

Interruptions de gestations.
(5 observations).

Nous ferons remarquer la grande disproportion existant entre le nombre des malades du 1^{er} et du 2^e groupe. Nous n'avons pu trouver que 4 observations de l'un contre 40 observations de l'autre.

Cet écart peut s'expliquer par ce fait que le phthisiologue n'ignore pas la grossesse chez une femme en cours de traitement tandis que les gestantes dont le pneumothorax a été cessé depuis un certain temps, négligent la précaution de venir consulter le médecin.

A la fin de chaque chapitre nous réunirons les résultats des observations publiées. Nous établirons quelques statistiques portant sur les décès, les aggravations et les cas favorables. Nous insisterons particulièrement sur le chapitre IV (3^e groupe) : Tuberculose survenant au cours d'une grossesse et soignée par un Pneumothorax artificiel. Bien que nous n'ayons pu relever que 9 observations de ce genre, nous essaierons de montrer la valeur du pneumothorax artificiel préventif chez les tuberculeuses enceintes et nous établirons un rapport entre ces cas et des cas analogues traités par la chrysothérapie.

CHAPITRE II

1^{er} GROUPE. — Pneumothorax cessé, grossesse ultérieure

OBSERVATION N° 1

VAS... Céline, 21 ans.

Tuberculose du poumon gauche révélée pendant une grossesse mais traitée seulement après l'accouchement par un pneumothorax artificiel. Le traitement par la collapsothérapie n'a pu durer que 15 mois en raison d'une symphyse précoce. Trois mois après la cessation du traitement, la malade commence une grossesse bien supportée et accouche normalement. Mais une hémorragie très abondante de la délivrance anémie beaucoup la malade. Une poussée fébrile dure 5 jours pendant les suites de couches. Puis la malade se remet et 4 ans après elle va parfaitement bien.

Le début de la maladie semble remonter au mois de Mai 1926. A ce moment, la malade, enceinte de 6 mois, commence à tousser et à cracher ; elle ne présente pas de fièvre, pas de sueurs nocturnes, la toux et l'expectoration persistent.

Le 18 Août 1926, la malade accouche à l'Hôpital Saint-Louis ; l'enfant, né à terme, pèse 3 kilos 670. Une hémorragie de la délivrance anémie beaucoup la malade. Elle quitte la Maternité le 28 Août, rentre chez elle, sa température monte à 39°7. La toux et l'expectoration deviennent plus fréquentes. Des douleurs thoraciques apparaissent à gauche. La malade maigrit. Elle vient consulter au Dispensaire Léon

Bourgeois le 13 Septembre 1926, entre le jour même à la crèche Landouzy avec son enfant.

A l'examen radiologique, on trouve des taches et marbrures dans les 2/3 supérieurs du champ pulmonaire gauche.

L'auscultation met en évidence une respiration soufflante en arrière. De plus, en avant, sous la clavicule, on entend quelques râles fins, humides ; la bacilloscopie est positive ; la température de la malade oscille entre 37° et 38°.

Un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 26 Septembre 1926. Le collapsus est excellent, la température de la malade revient bientôt à la normale.

L'enfant, qui a toujours eu une cuti-réaction négative fait brusquement une poussée thermique qui atteint 41° et meurt le 28 Octobre. La malade quitte le service le 1^{er} Novembre.

Elle fait un séjour à Brévannes jusqu'au 15 Mai 1927.

Le collapsus de la moitié supérieure du poumon gauche est bon, mais le poumon est recollé à la partie inférieure. Les insufflations sont continuées au dispensaire Léon Bourgeois à partir du 1^{er} Juin 1927.

En Juillet, la malade part dans la Corrèze où elle séjourne 3 mois, à son retour son état général est excellent, à l'examen radioscopique, le 19 Octobre 1927, le collapsus est difficilement appréciable, mais du liquide existe dans la plèvre qui remonte à deux travers de doigt sous la clavicule.

Le 26 Octobre, une ponction de 170 cmc de liquide est pratiquée et remplacée par 60 cmc de gaz.

On peut encore faire quelques insufflations.

Le liquide occupe le 1/3 inférieur de l'hémithorax à partir du 7 Décembre, il est impossible de pratiquer une insufflation ; la malade va d'ailleurs parfaitement bien.

Le 14 Décembre 1927, le pneumothorax est en voie de résorption, la compression est difficile à préciser, le médiastin est en place, il y a toujours un peu de liquide dans le sinus costo-diaphragmatique.

Le 8 Février 1928, le liquide disparu, on note à gauche une rétraction costale, une légère attraction médiastinale, la malade va parfaitement bien.

À ce moment, elle commence une grossesse parfaitement supportée, 9 mois après la cessation du pneumothorax.

Le 20 Juin, la malade est enceinte de 6 mois, on note une diminution de transparence homogène sur toute la hauteur du champ pulmonaire ; il existe toutefois quelques taches plus denses au niveau du hile.

La malade accouche normalement le 10 Septembre 1928 à la clinique Baudelocque, d'une fille pesant 3 kilos 310, vaccinée au B. C. G. Placenta pesant 600 gr. Mais la délivrance qui avait été normale est suivie de l'expulsion de plusieurs gros caillots. Il subsiste ensuite un écoulement sanguin assez abondant, on institue un traitement par l'ergotine, et par des massages de l'utérus à travers la paroi. L'utérus reste mou, on se trouve en présence d'une inertie utérine complète. Une révision utérine est pratiquée qui ne ramène rien et on doit faire un tamponnement intra-utérin ; sous l'influence de sérum intraveineux, la malade se sent mieux. La température reste à 39° pendant 5 jours, puis revient à la normale.

L'enfant est décédé au 16° jour.

Actuellement, l'état pulmonaire et général de la malade est excellent.

OBSERVATION N° 2

BI... Raymonde, 20 ans.

Tuberculose du poumon droit traitée par un pneumothorax artificiel efficace pendant trois ans. On abandonne les insufflations pour symphyse progressive. Un an après la cessation du traitement, la malade commence une grossesse bien supportée et accouche normalement. Cinq mois après l'accouchement, son état pulmonaire et général est parfait.

La malade, bien portante jusqu'au mois d'Octobre 1926, commence à tousser à cette époque. En même temps apparaît un point de côté, puis elle perd ses forces et manque

d'appétit. Sa température s'élève pendant quelques jours à 39°, puis tout semble rentrer dans l'ordre. Au mois de Septembre 1927, la malade fait une petite hémoptysie (4 à 5 crachats), elle s'inquiète et va à ce moment consulter un médecin en ville qui l'envoie au dispensaire Léon Bourgeois.

La malade a un enfant de 13 mois suivi à la crèche Landouzy. Examinée au dispensaire le 29 Octobre 1927, un examen radioscopique de la mère montre à droite une rétraction des premières côtes et une légère attraction du médiastin. Il existe une diminution de la transparence de l'hémithorax droit avec taches et marbrures surtout marquées à la partie médiane de la poitrine et l'on remarque une spéléonque ; à gauche, il existe des arborisations broncho-vasculaires très développées, la transparence du parenchyme est normale, l'examen stéthacoustique met en évidence l'existence de râles bulleux dans la fosse sous-épineuse droite et sous la clavicule, à gauche il existe quelques frottements pleuraux.

La malade entre dans le service du Professeur Léon Bernard, le 29 Octobre, son expectoration est bacillifère, sa température oscille entre 37° et 38°, un pneumothorax droit est institué le 19 Novembre 1927. Le collapsus pulmonaire est bon à la base, mais médiocre au sommet. La malade quitte le service le 24 Décembre et ses insufflations sont continuées au dispensaire.

Puis, de Mars à Juillet 1928, la malade fait un séjour à Brevannes, où les insufflations sont pratiquées toutes les 3 semaines.

Puis, le pneumothorax est poursuivi régulièrement au dispensaire jusqu'au mois d'Octobre 1930.

La malade va parfaitement bien, elle n'a plus de bacilles dans l'expectoration depuis 3 ans. Le poumon tend à se recoller. On doit abandonner les insufflations en octobre 1930.

Un mois après on note une légère rétraction costale et médiastinale avec quelques taches d'aspect cicatriciel sous la clavicule droite. A un mois d'octobre 1931, un an après la cessation du pneumothorax la malade commence une grossesse bien supportée, pendant toute sa grossesse elle est suivie au dispensaire, l'état de ses poumons ne change pas et son état général reste parfait.

La malade accouche à la clinique Baudelocque (service du Professeur Couvelaire) le 25 mai 1932 d'une fille vivante, vaccinée au B.C.G. et pesant 3 kg. 330. Délivrance naturelle : 550 g. Suites de couches normales.

Cinq mois après, nous avons vu la mère dont l'état pulmonaire et général reste parfait. Son enfant se porte bien.

OBSERVATION N° 3

TAU... Henriette, 20 ans.

Lobite supérieure droite traitée par un pneumothorax artificiel entretenu pendant 3 ans et cessé délibérément pour guérison clinique. Deux ans après la cessation du traitement, la malade supporte parfaitement une grossesse et accouche normalement. Deux mois après, intervention pour un volumineux kyste de l'ovaire gauche. Anesthésie au Schleich. Suites opératoires subfébriles pendant trois jours. Six semaines après, excellent état pulmonaire et général.

La malade présente au mois de janvier 1926 une grippe accompagnée d'une poussée fébrile à 39° à partir de ce moment elle tousse et crache un peu cependant elle continue à travailler pendant toute l'année 1926, mais peu à peu maigrit et se sent fatiguée. Le 10 janvier 1927, à la suite d'une quinte de toux la malade expectore un crachat sanglant, c'est à ce moment qu'elle vient consulter au dispensaire Léon Bourgeois. Un examen radioscopique montre une diminution de transparence du 1/3 supérieur du champ pulmonaire droit à limite inférieure nette interlobaire. Dans les 2/3 inférieurs on note une diminution homogène de transparence centrée par une grosse plage claire de la dimension d'un œuf de pigeon et se contractant nettement à la toux. Le sinus costodiaphragmatique est normal.

L'examen stéthacoustique met en évidence la présence de

nombreux râles bulleux sous la clavicule droite dans la fosse sous-épineuse et dans l'aisselle, le champ pulmonaire gauche est radiologiquement normal.

La malade entre le 11 Janvier 1927 dans le Service du Professeur Léon Bernard, son expectoration est bacillifère, un pneumothorax droit est institué le 6 Février 1927. Le collapsus pulmonaire droit est excellent et, dès le 23 Février 1927, on ne trouve plus de bacilles de Koch dans l'expectoration. La malade quitte le service le 19 Mars très améliorée et ses insufflations sont continuées au dispensaire Léon Bourgeois, elle fait un séjour en sanatorium et sort au mois d'Août 1928 ne présentant plus ni toux ni expectoration, elle reprend sans fatigue son travail de domestique et le pneumothorax est insufflé tous les 15 jours jusqu'au mois de Janvier 1929. puis tous les mois.

Le moignon pulmonaire devient très clair et au mois de Mars 1930, on décide d'abandonner le pneumothorax.

La malade revient au dispensaire au mois de Janvier 1931, son pneumothorax est cessé depuis 9 mois, on note une forte rétraction des côtes et du médiastin, avec une dextrocardie presque complète, l'hémidiaphragme est peu mobile, il existe une diminution homogène de la transparence du champ pulmonaire droit.

En Novembre 1931, la malade commence une grossesse bien supportée, 20 mois après la cessation du pneumothorax.

Un examen radiographique en date du 6 Juin 1932, alors que la malade est enceinte de 8 mois, montre une très forte déviation médiastinale vers la droite, le sinus costo-diaphragmatique est comblé. La transparence du poumon est sensiblement normale.

La malade accouche normalement le 20 Juillet 1932 à la clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire) d'un garçon vivant pesant 3 kilos 380 et vacciné au B. C. G. Délivrance naturelle, 500 grammes. Suites de couches normales. L'enfant est confié au Placement Familial des Tout Petits.

A partir du mois d'août 1932, la malade ressent une sensation de pesanteur dans le ventre qui augmente rapidement. Examinée le 16 Août 1932, on trouve un utérus horizontal, antéfléchi et une grosse masse kystique de l'ovaire, peu ten-

due, dépassant l'ombilic et repoussant l'utérus en bas et en avant.

Le 3 septembre 1932, on pratique une intervention pour un volumineux kyste de l'ovaire gauche, uniloculaire et contenant plus de 2 litres de liquide bouillon sale. Anesthésie au Schleich. Suites opératoires, 38°5 le lendemain de l'opération ; puis défervescence en lysis.

Six semaines après, nous avons revu la malade ; elle a un peu maigri à la suite de l'intervention, mais elle reprend maintenant du poids et son état pulmonaire n'a pas varié.

OBSERVATION N° 4

GAJ... Agnieske, 40 ans.

Tuberculose unilatérale excavée du poumon droit, révélée après un cinquième accouchement et traitée par un pneumothorax artificiel. Après six mois de traitement, la malade abandonne d'elle-même les insufflations. Un traitement par le thio-sulfate d'or et de sodium est institué, puis cessé par la malade. Une grossesse terminée par un accouchement normal est supportée par la malade, mais son état général décline peu à peu.

La malade, qui avait présenté 5 grossesses normales suivies d'accouchements normaux, commence, en 1929, à maigrir, tousser et cracher, elle va consulter à l'Hôpital Cochin où on lui institue un pneumothorax thérapeutique droit.

La malade dont le niveau mental est très bas, a abandonné les insufflations de son propre gré après 6 mois de traitement, puis elle ne s'est plus soignée, elle n'a pas cessé de tousser et de cracher jusqu'au mois de Février 1931, à cette époque elle est enceinte de 7 mois et demi et se sent fatiguée, elle vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois le 5 Novembre 1931 où l'examen radioscopique permet de voir des taches et marbrures non homogènes de la moitié supérieure du champ

pulmonaire droit avec spéléomorphies multiples dont l'une plus volumineuse située derrière la clavicule. A gauche, il existe des taches discrètes dont plusieurs sont très opaques, autour de la tête du hile ; l'examen stéthacoustique permet d'entendre une respiration très soufflante dans la moitié du poumon droit avec de gros râles bulleux dans les fosses sus et sous-épineuses et sous la clavicule, à gauche il existe quelques craquements dans la fosse sous-épineuse. L'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch.

La malade entre le service du professeur Léon Bernard, le 7 Novembre 1931, en attendant son accouchement. Il est impossible d'envisager la reprise du pneumothorax thérapeutique artificiel de cette malade qui présente un déficit intellectuel manifeste ; on institue donc un traitement par la crisalbine à la dose de 0 gr. 25 toutes les semaines. L'état général de la malade est meilleur sous l'influence du repos et du traitement. Elle est dirigée sur la clinique Baudelocque le 1^{er} Janvier 1932, où elle met au monde une fille vivante pesant 3150 grammes, vaccinée au B.C.G. Suites de couches normales.

A sa sortie de la Maternité, la malade revient à l'Hôpital Laënnec, dans le Service, elle ne présente pas de température et le traitement crisalbinique est continué jusqu'à sa sortie le 25 février 1932. Mais la malade ne revient pas par la suite faire continuer ses injections, elle a reçu un total de 3 grammes de Crisalbine. Cette dose a été nettement insuffisante pour constater une amélioration radiologique des lésions. La malade n'est jamais revenue au dispensaire.

Nous résumons les 4 observations de ce chapitre dans un tableau qui sera plus clair qu'un exposé.

Nous avons ainsi 3 catégories suivant que le pneumothorax a été cessé :

- a) délibérément : 1 cas favorable : Obs. N° 3.
- b) par abandon de la malade : 1 aggravation : Obs. N° 4.
- c) par symphyse précoce : 2 cas favorables : Obs. N° 1 et 2.

N ^{os}	NOMS	Cause d'abandon du P. A.	Durée totale du P. A.	Temps compris entre fin du P. A. et début de gestation	Accouchements	Suites de couches	SUITES LOINTAINES
1	Vas... Céline	Symphyse	15 mois	3 mois	Hémorragie de la délivrance	fébriles	4 ans après l'accouchement, excellent état pulmonaire et général.
2	Bi... Raymonde ..	Symphyse	3 ans	1 an	normal	normales	5 mois après l'accouchement, très bon état pulmonaire et général.
3	Tau... Henriette ..	Délibéré-ment	3 ans	21 mois	normal	normales	2 mois $\frac{1}{2}$ après l'accouchement, intervention pour kyste ovarien, sans suites fâcheuses.
4	Gaj... Agnieske ..	Abandon par malade	6 mois	1 an	normal	normales	Malade indocile, dont l'état général décline rapidement.

Par l'étude du tableau, nous constatons que plus la durée d'entretien du pneumothorax a été longue (obs. N° 2, N° 3) plus la guérison paraît solide, puisque nos malades ont accouché normalement et que l'une d'elles (Obs. N° 3) a pu supporter, 2 mois et demi après l'accouchement, une intervention pour un volumineux kyste de l'ovaire.

La malade n° 1 n'a eu son pneumothorax entretenu que pendant 15 mois ; une symphyse précoce a empêché la continuation du traitement ; mais la guérison paraît certaine, puisque 4 ans après l'accouchement, la malade va parfaitement bien.

Dans l'observation N° 4, il s'agit d'une femme instable chez qui aucun traitement suivi n'a pu être envisagé.

CHAPITRE III

2° GROUPE. — Pneumothorax en cours et grossesse intercurrente

OBSERVATION N° 5

BE... Lucienne, 21 ans.

Tuberculose ulcéro fibreuse du poumon gauche traitée par un pneumothorax artificiel. 2 ans 1/2 après le début du traitement la malade commence une grossesse parfaitement supportée et accouche normalement. 10 mois après l'accouchement, une symphyse pleurale empêche la continuation du traitement. Deux ans après, la malade est en parfaite santé.

La malade employée de commerce, se présente le 25 mai 1931 au dispensaire Léon Bourgeois, inquiète parce qu'elle tousse depuis trois mois ; à cette époque, elle eut, dit-elle, un fort « rhume » qu'elle ne soigna pas, accompagné d'une poussée fébrile à 38° 5 environ. A l'époque de sa consultation au Dispensaire, la malade ne crache pas, ne présente pas de sueurs nocturnes, son appétit est bien conservé, ses digestions sont normales. La malade peut travailler sans trop de fatigue.

Dans ses antécédents on relève une rougeole et une diphtérie dans l'enfance, une scarlatine à l'âge de 10 ans. Sa mère est décédée de tuberculose pulmonaire en 1920 après une maladie d'une dizaine d'années et la jeune femme a vécu en contact avec sa mère durant toute cette période.

Au premier examen pratiqué le 26 Mai 1931, on note à l'auscultation l'existence dans le poumon gauche d'une respiration soufflante, avec quelques petits râles bulleux perçus en avant sous la clavicule et en arrière dans la fosse sous-épineuse. A droite, la respiration est normale. L'examen radioscopique montre à gauche une diminution de transparence du sommet, quelques taches et marbrures vers la partie moyenne du champ avec en un point une petite plage claire.

A droite, on note des ombres hilaires arborescentes avec quelques marbrures dans la région péri-hilaire.

Un examen de crachats montre la présence de bacilles de Koch.

La malade entre dans le service du Professeur Léon Bernard et un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 21 Juin 1921.

La malade est apyrétique. Elle maigrit un peu jusqu'à la fin du mois de Juillet, puis reprend du poids. Rapidement la bacilloscopie devient négative. La malade quitte le service le 8 Août 1921 et part au Sanatorium d'Angicourt où elle reste jusqu'au mois de mai 1922. Elle revient au dispensaire le 22 juin 1922 et les insufflations sont continuées ; une poussée liquidienne apparaît et les pressions terminales deviennent positives.

Le liquide augmentant de quantité et gênant la malade une ponction est pratiquée le 2 avril 1923 où retire 250 cm³ de liquides remplacés par 250 cm³ de gaz.

L'homogénéisation des crachats est toujours négative. Le liquide disparaît peu à peu et la malade se présente au Dispensaire le 28 novembre 1923 enceinte de 3 mois, après deux ans et demi de traitement.

A cette date on note un collapsus pulmonaire médiocre, le bord du poumon gauche très épaissi. Mais il existe une grosse tache nuageuse sous la clavicule droite. La bacilloscopie reste négative.

La malade part au Sanatorium de La Tuylle où la cure et peut-être l'effet contro-latéral du pneumothorax amènent une amélioration symétrique notable. Elle revient de La Tuylle pour accoucher ; l'accouchement a lieu dans des conditions

normales ; la malade ne présente ni toux ni expectoration. Le pneumothorax est continué.

En Décembre 1924, elle présente une grippe prolongée avec fièvre ; elle recommence à cracher, mais on ne trouve pas de bacilles de Koch dans l'expectoration. Peu à peu le moignon pulmonaire se recolle à la paroi et les insufflations deviennent de plus en plus difficiles ; on les cesse à partir du mois d'Avril 1925.

La malade revient au Dispensaire en Mai 1927. Son pneumothorax est cessé depuis deux ans, on note une rétraction costale forte, avec attraction médiastinale, le poumon gauche est diminué de transparence de façon homogène et l'état général de la malade est excellent.

OBSERVATION N° 6

Mme MA... Berthe, 17 ans.

Tuberculose ulcéro-fibreuse évolutive du poumon gauche traitée par un pneumothorax artificiel efficace. Deux ans après le début du traitement, la malade supporte parfaitement une grossesse et accouche normalement. Les insufflations sont encore continuées pendant plus de trois ans et trois ans après la cessation du traitement la malade va parfaitement bien.

La malade polisseuse vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois le 20 décembre 1923. Depuis six mois la malade tousse et crache, elle a même présenté une petite hémoptysie évaluée à 4 crachats striés de sang et une légère poussée fébrile concomittante. La malade a un peu maigri mais n'a pas cessé son travail.

L'examen stéthacoustique permet d'entendre de nombreux râles bulleux dans toute la moitié supérieure du poumon gauche, l'examen radioscopique montre une forte diminution de transparence des 2/3 supérieurs du poumon gau-

che avec tâches et marbrures dans toute cette région. Le sinus costo-diaphragmatique est mobile.

La malade entre le 26 janvier 1924 dans le service du Professeur Léon Bernard et un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 18 février avec succès. L'état général s'améliore lentement ; l'expectoration reste bacillifère jusqu'en mars 1925.

A partir du mois de février 1925 on note un hile droit arborescent.

Le 29 septembre 1925 la malade fait une légère hémoptysie. Au mois d'Avril 1926, après 26 mois de traitement par le pneumothorax, la malade déclare qu'elle est enceinte de trois mois. Sa grossesse est parfaitement supportée. Au mois d'Août 1926 apparaissent quelques gouttes de liquide dans le sinus costo diaphragmatique et celui-ci est rapidement comblé.

L'accouchement normal a lieu le 4 octobre 1926 ; la malade met au monde une fille pesant 3 kgs 100 vaccinée au B.C.G. ; on permet à la mère d'allaiter son enfant.

Après l'accouchement, la malade est toujours suivie au Dispensaire. Les pressions terminales deviennent peu à peu positives.

Le 4 juillet 1928 on note à droite dans la région interlobaire une zone de densification non homogène. A gauche le poumon se recolte par la base.

Le pneumothorax est entretenu jusqu'au 5 juin 1929 après quoi on le cesse pour impossibilité des insufflations. Il a donc été entretenu pendant cinq ans et quatre mois.

Le 9 octobre 1929, la malade toujours suivie présente à gauche une diminution homogène de transparence de tout le champ pulmonaire. Le cœur est dévié vers la gauche. L'interlobite droite signalée en 1928 est encore visible.

Depuis cette époque la malade va parfaitement bien ; examinée à nouveau le 30 mars 1932 on note toujours le même aspect.

La mère et l'enfant sont en excellente santé.

OBSERVATION N° 7

Mme GA... Marguerite, 23 ans.

Tuberculose ulcéro caséeuse du poumon gauche traitée par un pneumothorax thérapeutique ; mais une symphyse précoce se forme et il persiste une spélonque dans le poumon. Au même moment, la malade commence une grossesse mal supportée qui amène une bilatéralisation des lésions. Une fausse couche de deux mois termine cette gestation à la suite de laquelle, l'état général de la malade décline rapidement.

La malade se présente au Dispensaire Léon Bourgeois le 19 Juillet 1923 ; elle tousse et crache depuis sept mois ; depuis un mois, elle éprouve une grande fatigue qui l'a obligée à interrompre son travail. Elle se plaint d'être très facilement essouffée à la marche et à la montée des escaliers. Sa toux est grasse, fréquente, et ramène une expectoration abondante et muco-purulente. L'appétit est très diminué. Depuis le mois de Juin, la malade se plaint de douleurs thoraciques dans tout le côté gauche. Elle présente des sueurs nocturnes profuses.

Son père et sa mère sont morts de tuberculose pulmonaire.

En 1921, la malade a accouché d'un enfant mort-né, elle a fait une fausse-couche en 1922. Depuis cette époque, la malade est bien réglée.

Au moment où la malade se présente au dispensaire, on trouve un ramollissement des 2/3 supérieurs du poumon gauche avec une spélonque sous la clavicule ; l'auscultation permet d'entendre des râles bulleux à ce niveau.

Elle entre le 25 Juillet 1923 dans le Service du Professeur Léon Bernard, sa température atteint 38° le soir. Ses crachats contiennent des bacilles de Koch. Un pneumothorax thérapeutique est institué au mois d'Avril 1923 et la malade

quitte le service, apyrétique. Au début du mois de Novembre on note l'apparition de liquide dans la partie inférieure de l'hémithorax. L'état général de la malade est très bon et elle peut reprendre son métier de lingère. Mais les bacilles persistent dans les crachats.

Le liquide diminue de quantité et on peut voir la persistance de la spéléonque dans le moignon pulmonaire. Les insufflations sont continuées, mais brusquement la malade maigrit et doit abandonner à nouveau son travail.

Une grippe se déclare au mois de Mars 1925, accompagnée d'une poussée fébrile à 38°5.

En Juillet 1925, après vingt-trois mois de pneumothorax, la malade commence une grossesse.

Une tache foncée non homogène apparaît sous la clavicule droite. Le poumon gauche, collabé, se symphyse progressivement et il est impossible de continuer les insufflations à partir du 19 Août 1925.

Vers la fin du mois d'Août, la malade fait chez elle une fausse-couche de deux mois, suivie d'une poussée fébrile.

A partir de cette époque, la malade maigrit de plus en plus. Le 4 Novembre 1925, le poumon gauche est complètement revenu à la paroi, on note une attraction du médiastin vers la gauche. Du côté droit, on voit une condensation non homogène du tiers supérieur du champ pulmonaire. La malade est suivie au Dispensaire jusqu'au 3 Février 1926. La bacilloscopie est toujours positive et la malade, à partir de cette date, ne répond plus aux convocations du Dispensaire.

OBSERVATION N° 8

Mme J.A... Aida, 17 ans.

Tuberculose ulcéro caséeuse du poumon gauche traitée par un pneumothorax artificiel, quatre mois après le début du traitement la malade commence une grossesse bien supportée. L'accouchement est

suivi d'une légère poussée fébrile. Le pneumothorax est entretenu pendant trois mois après l'accouchement ; puis la malade abandonne d'elle-même les insufflations. Dix-huit mois après une bilatéralisation grave se produit qui emporte la malade.

La malade, née en Italie, habitant la France depuis son jeune âge, commence en 1923 à tousser et à cracher, une hémoptysie de moyenne abondance accompagnée d'une poussée fébrile, l'oblige à interrompre son travail ; la malade se présente le 14 Mai 1923 au Dispensaire Léon Bourgeois, depuis le mois de Janvier, elle a maigri de deux kilos. D'abondantes sueurs nocturnes l'empêchent de dormir. La malade tousse et crache surtout le matin.

L'examen radioscopique montre une densification de la moitié supérieure du champ pulmonaire gauche, les arborisations bronchiques sont visibles sur cette zone de densification et on note un aspect en mie de pain entre les arborisations.

A l'auscultation, on perçoit en avant sous la clavicule et en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses, de nombreux râles bulleux. Un examen de crachats montre la présence de bacilles de Koch.

La malade entre en Juin 1923 dans le Service du Professeur Léon Bernard et un pneumothorax thérapeutique gauche est institué ; le collapsus pulmonaire est assez bon, mais une spéléonque reste visible dans le moignon. La malade quitte le service en Juillet 1923, et ses insufflations sont poursuivies au Dispensaire.

L'état général de la malade s'améliore ; un épanchement apparaît dans le sinus costo-diaphragmatique, au mois de Décembre 1923 ; le liquide augmente tellement qu'une ponction s'impose le 7 Mai 1924.

Mais à partir du mois d'Octobre 1923, la malade commence une grossesse, quatre mois seulement après le début du traitement par la collapsothérapie ; sa gestation est normale. L'accouchement a eu lieu au mois de Mai 1924. Une légère poussée fébrile apparaît dans les jours qui suivent, mais elle se résoud assez rapidement. L'enfant est bien por-

tant et la mère refuse son placement ; elle ne le nourrit pas.

Après la ponction du 7 Mai, le liquide ne s'est plus reproduit. La malade vient encore se faire insuffler jusqu'au 27 Août 1924, puis brusquement, elle cesse d'elle-même l'entretien du pneumothorax.

Elle revient toutefois au Dispensaire le 1^{er} Mai 1926 21 mois après la cessation du traitement ; elle se plaint d'être fatiguée, de souffrir du côté droit, elle crache abondamment, l'examen montre une bilatéralisation des lésions, on note à droite dans la moitié supérieure du champ pulmonaire des taches et marbrures surtout confluentes dans la région péri-hilaire, avec une image lacunaire sous la clavicule le sinus costo-diaphragmatique droit est clair, le diaphragme mobile.

A gauche, on note une forte rétraction costale avec attraction du médiastin ; il existe une diminution de transparence surtout marquée dans la région moyenne et caractérisée par des taches et marbrures et une grosse image de Bouchard contenant du liquide dans sa partie inférieure.

L'examen stéthacoustique révèle l'existence de râles bulleux dans l'étendue des deux poumons.

A partir de cette date, la malade, dont l'état général est très médiocre, n'est plus revenue au Dispensaire.

OBSERVATION N° 9

Mme CHE... Marie, 21 ans.

Tuberculose ulcéro-fibreuse du poumon gauche traitée par un pneumothorax artificiel. 22 mois après le début du traitement, la malade commence une grossesse bien supportée. L'accouchement et les suites de couches sont normaux. Le traitement est continué pendant 20 mois après l'accouchement. 5 ans après la malade va parfaitement bien.

La malade, comptable, se présente le 13 Juillet 1922 au Dispensaire Léon Bourgeois. Depuis le mois de Février, sont

apparus progressivement des vertiges, une grande fatigue générale, des points douloureux dans le dos. La malade tousse et crache surtout le matin ; elle ne prend pas sa température, mais présente d'abondantes sueurs nocturnes. Son appétit est bon et ses digestions normales. Dans ses antécédents personnels, on ne note qu'une rougeole dans la première enfance.

A l'examen radioscopique, le 13 Juillet 1922, on constate dans le champ pulmonaire gauche des taches et marbrures entre le hile et la clavicule. La respiration est soufflante dans la fosse sous-épineuse et on entend des petits craquements après la toux.

Le champ pulmonaire droit est normal. La bacilloscopie est positive.

La malade entre dans le Service du Professeur Léon Bernard et un pneumothorax thérapeutique est institué le 21 Juillet 1922. Les insufflations donnent rapidement un collapsus pulmonaire satisfaisant et la malade quitte le service au début de Septembre, ne présentant plus de bacilles de Koch dans les crachats. Le pneumothorax est entretenu au Dispensaire ; de Janvier 1923 à Février 1924, la malade fait un séjour au sanatorium de Bligny ; à son retour, la malade dit avoir présenté une poussée liquidienne, en effet, le 27 Février 1924, on note un petit recollement de la base pulmonaire et la présence d'un peu de liquide dans le sinus.

Au mois de Mai 1924, la malade commence une grossesse après 21 mois de traitement. Cette gestation est bien supportée, la malade part en Savoie, où les insufflations sont poursuivies. Elle revient à Paris et l'accouchement normal a lieu à la Clinique Baudelocque au début de Février 1925 ; les suites de couches sont normales également et on permet à la mère d'allaiter son enfant.

Le pneumothorax est poursuivi sans incident jusqu'au mois de Septembre 1926. A la suite d'un rhume, on note du côté symétrique quelques taches et marbrures dans la région inter-cléido-hilaire. L'état général de la malade reste excellent.

En Janvier 1927, après une absence de cinq semaines, il est impossible de continuer les insufflations.

Depuis cette époque, la malade vient tous les trois mois

environ se faire examiner au Dispensaire. Son état général reste excellent. Le 24 Octobre 1928, on notait à gauche une rétraction costale, une attraction du médiastin ; on peut à peine remarquer une très légère diminution de transparence homogène de tout le champ pulmonaire. A droite, il existe toujours quelques taches et marbrures très denses de la région inter-cléido-hilaire.

Le 12 Juillet 1932, plus de cinq ans après la cessation du pneumothorax, l'aspect radiologique est toujours le même. La mère et l'enfant sont en parfaite santé.

OBSERVATION N° 10

Mme BA... Amélie, 23 ans.

Tuberculose du poumon droit traitée par un pneumothorax thérapeutique. Après 16 mois de traitement par la collapsothérapie, la malade commence une grossesse bien supportée. Une pleurésie adhésive se forme pendant la grossesse et les insufflations sont suspendues. L'accouchement est normal. 6 mois après la malade va bien.

La malade vient le 3 Août 1922 au Dispensaire parce que, depuis 3 mois, elle « traîne une bronchite », depuis quinze jours, elle a dû s'aliter, elle a beaucoup maigri, ses forces sont tellement diminuées, qu'elle ne peut plus vaquer aux soins du ménage. De plus, elle tousse et expectore matin et soir des crachats épais verdâtres. La malade n'a pas pris sa température, n'a pas de sueurs nocturnes.

La malade est mariée depuis un mois, son mari est bien portant. A l'examen, le 3 Août 1922, on trouve dans le champ pulmonaire droit, à la partie moyenne, une zone d'ombre grossièrement triangulaire à sommet hilair ; le côté supérieur rejoint la clavicule, le côté inférieur est oblique en bas et en dehors. Le maximum d'opacité siège à la partie inférieure où l'ombre est assez homogène. A la partie supéro-ex-

terne, au contraire, elle est semée de plages plus claires, arrondies, sans contour spélonquaire net. La percussion donne une zone de matité du tiers moyen du poumon. A l'auscultation, on trouve uniquement une respiration soufflante en arrière.

A gauche, image thoracique normale.

Un examen de crachats montre la présence de bacilles de Koch. Un pneumothorax droit est institué le 25 Août 1922 dans le service. Le collapsus est très bon et les bacilles disparaissent rapidement de l'expectoration.

Le poids de la malade augmente. La malade fait un séjour au sanatorium d'Angicourt, de Novembre 1922 à Janvier 1924.

Une poussée liquidiennne intervient. Peu à peu, la base du poumon droit revient à la paroi.

La malade devient enceinte après 16 mois de pneumothorax ; sa grossesse est bien supportée, mais à partir du 12 Mars 1924, on ne peut plus continuer les insufflations. On note une rétraction des côtes, une forte attraction du médiastin et de la trachée. La malade accouche normalement à terme au mois de Juin 1924. Les suites de couches sont normales. Elle ne revient que deux fois au Dispensaire en Novembre et en Décembre ; on lui trouve à droite la même rétraction thoracique que précédemment, une légère diminution de transparence du champ pulmonaire droit et quelques taches et marbrures sous la clavicule.

A partir de cette date, la malade ne répond plus aux convocations du Dispensaire.

OBSERVATION N° 11

Mme MA... Jeanne, 25 ans.

Tuberculose ulcéro-fibreuse du poumon droit traitée par le pneumothorax artificiel. Pendant ce traitement la malade supporte parfaitement une **nephrectomie**. Puis elle commence une grossesse

deux ans après le début du traitement par la collapsothérapie. Trois mois après un avortement est bien supporté. Pendant cette grossesse, une pleurésie adhésive s'est formée et le pneumothorax a dû être interrompu. Plus de quatre ans après la malade va parfaitement bien.

La malade vient au Dispensaire le 25 Mars 1926, le début de la maladie semble remonter au mois de Novembre 1925 ; à ce moment, la malade eut une forte « grippe » accompagnée de toux, de fièvre, d'expectoration et de douleurs thoraciques. En Janvier la malade semblait guérie, mais en Février, la toux reprend, ainsi que l'expectoration. Elle a même craché deux crachats de sang pur.

La malade maigrit rapidement ; elle est très fatiguée et doit cesser son métier d'opticienne.

A l'examen radioscopique, le 25 Mars 1925, on trouve dans le champ pulmonaire droit des taches et marbrures occupant surtout la partie moyenne. L'examen stéthacoustique permet d'entendre une respiration soufflante en arrière dans toute l'étendue du champ et des râles bulleux en avant sous la clavicule et en arrière dans la fosse sous-épineuse. A gauche : image thoracique normale.

La malade entre dans le Service et un pneumothorax droit est institué le 16 Avril. Très rapidement le poids de la malade augmente. Mais elle présente une température sub-fébrile entre 37° et 38°, puis brusquement, le 10 Mai, un clocher thermique à 39°5 sans que rien puisse l'expliquer. Le 15 Mai, tout est redevenu normal et la malade quitte le service en Juin.

Les insufflations sont continuées au Dispensaire. Le collapsus est très bon et à partir de Septembre 1926, les bacilles disparaissent de l'expectoration.

Le 2 Mars 1927 on note une trace de liquide dans le sinus costo-diaphragmatique et il est rapidement comblé. Le liquide disparaît d'ailleurs rapidement. L'année 1927 se passe sans incident. La malade part au mois de Novembre au sanatorium de Groslay, mais revient en Février 1928 ; elle présentait de violentes coliques néphrétiques, accompagnées de vomisse-

ments, de fièvre à 39°, elle entre dans le Service du Docteur Auvray et est opérée d'un kyste au rein droit avec néphrectomie. Anesthésiée au chloroforme. Suites d'opération normales.

Le pneumothorax est toujours entretenu, mais le poumon a une tendance au recollement. La malade commence une grossesse en Mars 1928, après deux ans de traitement. Mais la malade fait un avortement 3 mois après qui l'oblige à se faire hospitaliser à Cochin pour un curettage pratiqué sans anesthésie. Suites non fébriles, normales.

Pendant ce temps, le poumon droit s'est recollé et les insufflations ne peuvent être continuées.

La malade vient se faire examiner au Dispensaire de temps en temps. Ainsi, le 6 Novembre, il existe une rétraction costale, une attraction médiastinale. De plus, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, il existe une tache lan-céolaire très dense.

A gauche, on découvre sous la clavicule une tache peu dense reliée au hile par des marbrures. Elle se repose complètement à la campagne et quand nous revoyons la malade le 12 Juillet 1932, plus de quatre ans après la cessation du pneumothorax, nous trouvons : à droite une image thoracique normale. A gauche une très légère diminution de transparence homogène de tout le champ. Son état général est excellent.

OBSERVATION N° 12

Mme SA... Yvonne, 19 ans.

Tuberculose ulcéro-fibreuse du poumon droit traitée par un pneumothorax artificiel. Un an après l'institution du traitement, la malade commence une grossesse bien supportée. Accouchement et suites de couches normaux. Quatre mois après alors que les insufflations du pneumothorax droit sont toujours entretenues, il se forme une bilatéralisation très grave des lésions.

La malade vient le 20 Décembre 1924 au Dispensaire Léon Bourgeois, envoyée par le Médecin du Dispensaire de Montreuil. Depuis trois mois, la malade sent ses forces diminuer et elle maigrit beaucoup. Depuis deux mois, elle tousse et crache abondamment sans qu'aucun épisode pulmonaire aigu puisse être noté. Un examen de crachats montre la présence de bâcilles de Koch.

A l'examen radioscopique, on découvre dans le champ pulmonaire droit des taches et marbrures dans la région sous-claviculaire ; l'ombre hilaire est considérablement augmentée. A gauche, existent de fines marbrures entre le hile et la clavicule. L'examen sthétacoustique révèle l'existence d'une respiration soufflante dans le poumon droit ; de plus, quelques craquements sont perceptibles après la toux sous la clavicule et dans la fosse sous épineuse.

La malade entre dans le service le 12 Janvier 1925 et un pneumothorax thérapeutique doit être institué le 20 Janvier.

Le pneumothorax est efficace et la malade reprend du poids. Le 21 Janvier, un nouvel examen radioscopique montre une rétraction de cœur à droite, une rétraction modérée de l'hémi-diaphragme droit.

Il existe une diminution générale et modérée de la transparence du champ pulmonaire, un réseau de marbrures entre le pédicule et le creux axillaire ; une zone de condensation très nette autour des rameaux de la bronche droite inférieure, ces condensations descendent jusque sur le diaphragme.

La malade quitte le service le 5 Février et ses insufflations sont continuées au Dispensaire. Au mois de Juin 1925, la malade part au sanatorium de Bligny où le pneumothorax est entretenu ; elle y séjourne jusqu'en Décembre.

Le collapsus pulmonaire est toujours bon ; au mois de Janvier 1925, après un an de traitement, la malade commence une grossesse bien supportée. Le pneumothorax est toujours entretenu et l'accouchement normal a lieu au mois de Septembre 1926 sans incident. Les suites de couches sont normales. Mais en Janvier 1927, quatre mois après l'accouchement, la malade fait une grippe accompagnée de fièvre, de toux et d'expectoration ; elle se sent très fatiguée. Il s'est for-

mé une bilatéralisation des lésions. Le 30 Mars 1927 on trouve dans la région interlobaire gauche une diminution de transparence pas tout à fait homogène, sans aspect lacunaire net, une tache est visible sous la clavicule gauche.

À partir de cette date, la malade, dont l'état général est très mauvais, n'est plus revenue au Dispensaire.

OBSERVATION N° 13

Mme LE... Jeanne, 21 ans.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite traitée par un pneumothorax thérapeutique. Six mois après le début du traitement par la collapsothérapie, la malade commence une grossesse bien supportée. L'accouchement et les suites de couches sont normaux. Une deuxième gestation a lieu deux ans après le commencement du traitement, aussi bien supportée que la première. Dix mois après ce deuxième accouchement on cesse le pneumothorax. Trois ans après, la malade va parfaitement bien.

La malade a eu un pneumothorax artificiel droit créé à La Robertson (Alsace) le 22 Juillet 1924 pour densification du lobe supérieur du poumon droit, avec aspect en mie de pain ; la partie sous-jacente était assombrie à la toux. Le poumon gauche paraissait normal, il existait des bacilles de Koch dans l'expectoration. En Septembre et Octobre 1924, la malade fut soignée aux hospices civils de Strasbourg où le pneumothorax fut poursuivi.

La malade vint à Paris et on la suit au Dispensaire Léon Bourgeois à partir du 27 Octobre 1924. Les insufflations sont continuées sans incident. La malade reprend du poids ; mais le collapsus pulmonaire est incomplet et l'examen des crachats montre toujours la présence de Bacilles de Koch.

En Novembre 1924, après six mois de traitement, la malade commence une grossesse parfaitement supportée, peu à

peu le collapsus du poumon est meilleur et, le 21 Juillet 1925, la malade accouche à terme à la Clinique Baudelocque d'un garçon pesant 3.150 gr. Délivrance naturelle et complète. Placenta 500 gr. L'enfant est confié au Placement familial des Tout Petits.

Les suites de couches sont normales, mais la malade reste bacillifère jusqu'au mois de Mars 1926. Son état général reste excellent.

Le 28 Juillet 1926, après deux ans de pneumothorax, on note que le champ pulmonaire droit est éclairci, même dans le sommet ; on voit quelques traînées denses, mais pas d'image spéléomorphique ; à la base le pneumothorax est invisible.

En Juin 1926, la malade commence une deuxième grossesse, un an après son premier accouchement. Cette gestation est parfaitement supportée.

Le 22 Décembre 1926, on voit apparaître une petite tache sous la clavicule droite, à ce moment la malade a une grippe avec fièvre et expectoration et des bacilles de Koch sont à nouveau mis en évidence dans les crachats. La malade est près du terme. Les insufflations sont continuées et l'accouchement normal à terme a lieu le 6 Février 1927 ; enfant vacciné au B. C. G. pesant 3.130 gr. Délivrance naturelle ; placenta 580 gr. L'enfant va rejoindre son frère au Placement Familial des Tout Petits.

Après sa sortie de la Clinique Baudelocque, le pneumothorax droit est toujours entretenu au Dispensaire. Le 2 Mars 1927 une analyse de crachats montre encore la présence de bacilles de Koch. Après cette date, tous les examens resteront négatifs.

Pendant l'année 1927, la malade va très bien ; mais le poumon a tendance à revenir à la paroi et les pressions terminales sont positives.

En 1928, l'état pulmonaire de la malade est excellent. La tache signalée à gauche a disparu ; les insufflations deviennent de plus en plus difficiles et le pneumothorax est cessé à partir d'Avril 1929.

Tous les six mois, la malade vient se faire suivre au Dispensaire. Lors du dernier examen en 1931, trois ans après la cessation du pneumothorax, on trouve à droite une ré-

traction costale, une légère dextrocardie et une diminution de transparence homogène de tout le champ pulmonaire droit, sauf dans la partie moyenne où l'on voit quelques marbrures. A gauche, image thoracique paraissant normale.

L'état général de la malade est excellent.

OBSERVATION N° 14

Mme PE... Thérèse, 24 ans.

Tuberculose excavée du poumon droit traitée par un pneumothorax artificiel. La collapsothérapie permet à la malade de mener à bien une grossesse trois ans après l'institution du traitement. Un an après l'accouchement les insufflations sont cessées délibérément. Une récurrence légère se forme dans le même poumon trois ans après la cessation du traitement, sans altérer l'état général de la malade.

En Avril 1924, un pneumothorax thérapeutique du côté droit fut institué pour une lésion spéléonquaire sous la clavicule, accompagnée de toux et d'expectoration bacillifère. Très rapidement, la malade fut améliorée. Elle fit un séjour d'un an au sanatorium d'Angicourt et, à partir du mois de Janvier 1925, les bacilles de Koch disparurent de l'expectoration. Pendant le séjour en sanatorium, le pneumothorax est poursuivi, la malade a grossi de 14 kilos. Lors de sa rentrée à Paris, on constate que le pneumothorax est sec, total et efficace.

Le 21 Juillet 1926, on note que l'aspect du moignon pulmonaire paraît très clair ; l'année 1926 se passe sans incident.

Au mois de Février 1927, la malade commence une grossesse parfaitement supportée après trois ans de traitement. Le pneumothorax est poursuivi, mais à partir du mois de Juin, le cul-de-sac droit est comblé. Les pressions terminales deviennent positives.

La malade accouche spontanément en Septembre 1927 à la Clinique Baudelocque, d'un garçon pesant 3.120 gr., vacciné au B. C. G. Les suites de couches sont normales. L'enfant

est élevé par la grand'mère, mais on permet à la mère de l'allaiter.

Le pneumothorax est encore entretenu jusqu'au mois de Mai et à ce moment, l'état pulmonaire et général est si bon qu'on décide d'abandonner les insufflations après quatre ans de traitement.

La malade revient au Dispensaire le 28 Novembre 1928, on note une rétraction costale, une attraction du médiastin, une diminution homogène de transparence sur toute la hauteur du champ pulmonaire. A gauche, image normale.

Le 5 Août 1931, le pneumothorax est cessé depuis trois ans ; la malade dit qu'elle vient d'avoir une néphrite à colibacilles avec présence d'albumine dans les urines ; l'aspect pulmonaire n'a pas changé. On revoit la malade en Avril 1932 ; depuis un mois elle a présenté à différentes reprises quelques petits crachats hémoptiques survenant sans fièvre, sans amaigrissement. Un cliché radiographique montre une diminution de transparence de tout le champ pulmonaire droit masquant le sinus ; sauf sous la clavicule où l'on voit une zone plus claire sans contour spéléographique net. Dans le sommet existent quelques taches estompées. A gauche, des arborisations bronchiques sont un peu accentuées.

Une homogénéisation des crachats reste négative.

La malade revient le 2 Mai : elle a encore présenté quelques petits crachats sanglants au moment des règles. On note à l'auscultation une respiration soufflante au sommet du poumon droit, une respiration diminuée à la base.

Une nouvelle radiographie montre un sommet droit à peu près clair et une obscurité des trois quarts inférieurs du champ pulmonaire.

La malade conserve un excellent état général et a grossi de 1 kilo et demi en un mois.

OBSERVATION N° 15

Mme CHA... Gisèle, 26 ans.

Tuberculose du poumon droit, révélée à la suite d'un accouchement et traitée par un pneumothorax

artificiel. Huit mois après le début du traitement, la malade commence une grossesse. Accouchement suites de couches normales. Peu de temps après, une bilatéralisation se produit. On cesse le pneumothorax droit. Un pneumothorax gauche est refusé par la malade dont l'état général décline rapidement.

Le début de la maladie semble remonter au mois d'Octobre 1924. La malade jusque là bien portante, accouche à Rennes le 9 Octobre d'un garçon. Deux jours après l'accouchement, la malade est prise de douleurs thoraciques bilatérales très violentes accompagnées d'une toux sèche sans expectoration. La toux persiste sans autres symptômes jusqu'au mois d'Août 1925. A cette époque la malade se sent très fatiguée et présente pendant une huitaine de jours des crachats sanglants. Puis, une expectoration muco-purulente apparaît.

Le 1^{er} Novembre, nouvelle hémoptysie avec poussée fébrile à 39°. La malade qui, à ce moment, habite Paris, vient le 12 Novembre au Dispensaire Léon Bourgeois. L'examen radioscopique montre à droite une légère rétraction costale avec obliquité des côtes ; dans les 2/3 supérieurs du poumon, l'aspect paraît normal ; dans le 1/3 inférieur, on note une forte opacité non homogène s'éclairant à la toux de plages claires ; le sinus est libre. Une radiographie confirme cette image et permet en outre de voir à gauche une exagération des ombres broncho-vasculaires dans la région hilare et le long du pédicule inférieur. Il existe quelques taches fines peu opaques au dessus de la clavicule.

La malade entre dans le service ; son expectoration contient de nombreux bacilles de Koch. Un pneumothorax droit est institué le 27 Novembre 1925.

Le décollement est complet. La malade reprend rapidement du poids et elle quitte le service le 19 Février 1926. Son expectoration est toujours bacillifère.

Puis, peu à peu, la malade recommence à maigrir. En mai, elle présente 2 petits crachats sanglants. En Août, elle commence une grossesse, après huit mois de traitement par

la collapsothérapie. Son état général est médiocre. Les bacilles disparaissent enfin de l'expectoration.

La malade accouche normalement à la clinique Baude-locque d'une fille pesant 2.580 gr., vaccinée au B. C. G. Délivrance naturelle et complète. Placenta 410 gr. Les suites de couches sont normales. Le 27 Avril, le pneumothorax droit est toujours entretenu dans de bonnes conditions ; on note quelques petites taches dans la région sous-claviculaire gauche. Puis cet aspect se précise et le 15 juin on trouve que le 1/3 supérieur du champ pulmonaire gauche est diminué de transparence avec présence de petites plages claires suspectes après la toux.

On diminue les quantités d'air insufflé.

En Juillet 1928, la malade est très fatiguée, on trouve à nouveau des Bacilles de Koch dans l'expectoration.

On décide d'abandonner les insufflations à droite ; la malade se repose à la campagne. Puis elle revient en Novembre 1928. Son pneumothorax droit est cessé depuis six mois ; à droite, on note une légère rétraction costale ; pas de déplacement médiastinal ; la transparence du champ est diminuée de façon homogène. Mais il existe des taches et marbrures dans tout le 1/3 supérieur du poumon gauche avec image spéléomorphique sous la clavicule. On propose l'institution d'un pneumothorax gauche à la malade ; elle refuse. Son état général est très mauvais et, à partir de cette date, elle n'est plus revenue au Dispensaire.

OBSERVATION N° 16

Mme FA... Alice.

Tuberculose pulmonaire du type de lobite supérieure droite excavée, traitée par un pneumothorax thérapeutique. Après 19 mois de traitement par la collapsothérapie, la malade commence une grossesse parfaitement supportée. Accouchement et suites de couches normaux. Le pneumothorax est en-

core entretenu pendant six mois, puis cessé par suite du départ de la malade en province. Quatre ans après, elle va très bien.

Le début de la maladie semble remonter au mois de mars 1925, à ce moment la malade fit une grippe accompagnée de fièvre à 38°5 environ, de toux, d'expectoration et d'amaigrissement. Son médecin l'envoie au Dispensaire Léon Bourgeois.

A l'examen radioscopique on trouve une forte condensation du lobe supérieur du poumon droit, surtout marqué vers la partie moyenne ; au centre se dessine une plage claire à limite inférieure nette. La base est claire et le sinus mobile. Le poumon gauche paraît normal.

L'examen stéthacoustique révèle l'existence de râles bulleux fins dans la fosse sous épineuse.

Une radiographie confirme le résultat de la radioscopie, et montre de plus à gauche quelques taches peu denses, mais nettes dans la région para-hilaire. La malade fait un séjour de sept semaines à la campagne ; son état s'améliore. Elle rentre à Paris et reprend son travail dans un atelier de couture. Se sentant très rapidement fatiguée elle entre le 4 juin 1925 dans le Service du Professeur Léon Bernard.

Un pneumothorax thérapeutique droit est établi dans de bonnes conditions et le 29 septembre elle est admise au sanatorium d'Angicourt où les insufflations sont faites tous les 10 jours. L'amélioration est nette ; la toux et l'expectoration diminuent, tous les examens de crachats furent négatifs sauf un seul le 4 avril 1926 au cours d'une bronchite. La malade quitte le sanatorium en octobre 1926. En mars 1927, la malade commence une grossesse bien supportée après 19 mois de traitement.

Pendant toute la grossesse le pneumothorax est sec, total et efficace.

La malade accouche spontanément à la Clinique Baudelocque le 9 novembre 1927, d'une fille vivante pesant 3.450 gr. vaccinée au B.C.G. Délivrance naturelle et complète ; placenta 450 gr. L'enfant bien portant est confié au Placement Familial des Tout Petits.

A sa sortie de la Maternité, la malade revient à Laënnec ; la radioscopie montre un assez faible décollement pulmonaire ; il y a une trace infime de liquide. Le décollement apexien n'est pas visible.

Le pneumothorax est entretenu jusqu'au mois de mai 1928, après quoi on le cesse, la malade devant partir en Haute-Savoie.

Elle est revenue quelquefois à Paris au Dispensaire. Au dernier examen le 15 février 1932, quatre ans après la cessation du pneumothorax, on note : à droite une diminution de transparence homogène de tout le champ pulmonaire ; il existe une légère rétraction costale inférieure. Le sinus costo diaphragmatique droit se creuse moins bien que le gauche, le diaphragme est mobile. A l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs existe une ligne dense se portant du hile au gril costal et présentant le caractère de l'interlobe.

La malade va parfaitement bien.

OBSERVATION N° 17

Mme Fr... Solange.

Tuberculose ulcéro-fibreuse extensive du poumon gauche, traitée par un pneumothorax thérapeutique. Après deux ans de traitement la malade commence une grossesse. L'accouchement est normal mais suivi d'une poussée fébrile pendant les suites de couches. Une bilatéralisation des lésions se produit pour laquelle la malade refuse un traitement. Le pneumothorax est abandonné quatre mois après l'accouchement par suite d'un symphyse pleurale. Une spéléonque reste visible sous la clavicule gauche. L'état de la malade est très médiocre.

Le début de la maladie semble remonter au mois de Novembre 1925 à la suite d'une grippe, la malade a commencé à

touser et à cracher. Quinze jours plus tard, elle crache un peu de sang et sa température atteint 39°3.

Puis tout semble rentrer dans l'ordre et la malade vient seulement le 13 mars 1925 consulter au Dispensaire Léon Bourgeois ; à l'examen radioscopique le champ pulmonaire droit paraît normal ; on note dans la moitié supérieure du poumon gauche des taches très fines, peu foncées.

L'examen stéthacoutique révèle l'existence dans la moitié supérieure du poumon gauche des râles bulleux après la toux.

Au début du mois de mai, la malade se sent à nouveau très fatiguée, tousse et crache abondamment et elle entre dans le service. Son expectoration est bacillifère. Un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 5 juin 1926.

Le collapsus se révèle rapidement complet. La malade reprend du poids. Elle quitte le service. Les insufflations sont continuées au Dispensaire. L'expectoration reste bacillifère jusqu'au mois de Novembre 1926. Au mois de Janvier 1927, le lendemain d'une insufflation, la malade fait une légère hémoptysie sans poussée fébrile concommittante.

Mais en Décembre 1927, les bacilles reparaissent dans l'expectoration ; il reste toujours une spéléonque visible dans le moignon pulmonaire collabé.

Un exsudat se forme et les pressions terminales deviennent positives.

En Juillet 1928, après deux ans de traitement, la malade commence une grossesse assez bien supportée. Les insufflations sont continuées, mais les quantités de gaz deviennent de plus en plus faibles.

La malade accouche chez elle le 23 Avril 1929 d'un garçon pesant près de 3 kilos, vacciné au B.C.G. et élevé par la grand'mère.

Après son accouchement, la malade tousse et crache abondamment et présente une poussée fébrile à 38°5 environ. Elle reste un mois sans venir au Dispensaire.

Le 12 Juin 1929, on note à droite dans la région du champ pulmonaire un semis de taches et marbrures apparaissant à la toux. A gauche, une symphyse s'établit progressivement et on ne peut plus continuer les insufflations à partir du 21 Août.

La malade revient le 18 Septembre ; on trouve à gauche : une rétraction costale, une attraction médiastinale et trachéale ; il subsiste une petite plage claire sous la clavicule.

A droite, existe toujours un semis de tâches et marbrures dans la moitié supérieure du poumon. On propose une phrénicectomie à la malade, mais elle la refuse. Son état général est mauvais et à partir de cette date, on ne la revoit plus au Dispensaire.

OBSERVATION N° 18

Mme ALL... Bu..., 17 ans.

Tuberculose pulmonaire bilatérale à forte prédominance gauche avec spéléomorphie sous claviculaire. Un pneumothorax artificiel gauche est institué. Deux ans après le début de traitement, la malade commence une grossesse qui la fatigue. Accouchement et suites de couches normaux. Dix mois après l'accouchement, le traitement est interrompu par suite de symphyse pleurale. Trois ans après la cessation du traitement, une fausse couche de 4 mois n'a aucune influence sur l'état pulmonaire et général de la malade. Les lésions du poumon droit régressent lentement et la malade va parfaitement bien.

Après une grossesse normale, la malade a accouché sans incident à l'Hôpital Tenon, le 31 Mars 1925. Accueillie ensuite dans une Pouponnière, elle eut en Juin 1925 des sueurs nocturnes ; elle toussait et crachait très peu. Le médecin de la Pouponnière l'envoya au Dispensaire Léon Bourgeois où elle vint le 7 Juillet 1925. Dans les antécédents de la malade, on relève une diphtérie à l'âge de trois ans ; entre 5 et 9 ans, elle fut soignée à Berck pour un spina-ventosa du 1^{er} métatarsien et pour une tumeur blanche du coude, la guérison fut absolue.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire ; mariée à 16 ans, le mari de la malade est mort lui aussi de tuberculose après un mois de mariage.

On trouve chez cette malade une tuberculose pulmonaire bilatérale à forte prédominance gauche. Une spéléonque est visible dans le poumon gauche sous la clavicule. A droite : images péri-bronchiques accentuées.

La malade entre dans le Service du Professeur Léon Bernard. Température entre 37° et 38°4. Expectoration bacillifère.

Un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 23 Juillet 1925. La température revient rapidement à la normale. La malade va ensuite à Brévannes pendant un an où le pneumothorax est entretenu dans d'excellentes conditions.

A son retour on note une notable amélioration de son état général ; le collapsus pulmonaire est bon ; on note une régression des lésions légères constatées à droite en 1925. La malade ne tousse plus, ne crache plus.

A la fin du mois de juin 1927, la malade commence une grossesse après 2 ans de traitement. Elle vomit beaucoup et maigrit rapidement de 4 kgs en cinq mois. Le pneumothorax est continué.

Le 17 mars 1928 la malade accouche à terme à la clinique Baudelocque d'un garçon pesant 3.250 gr. délivrance naturelle et complète : placenta 600 gr. Les suites de couches sont normales.

L'enfant est vacciné au B.C.G. il est élevé par la mère mais celle-ci ne l'allaita pas.

On continue normalement les insufflations jusqu'au 31 janvier 1929. Mais à cette époque la malade fait une grippe et reste un mois sans venir au Dispensaire ; le poumon est recollé et on ne peut plus faire d'insufflations.

Le traitement a duré en tout trois ans et demi.

Le 22 mai 1929 on trouve à gauche une rétraction costale, une attraction médiastinale, une diminution de transparence homogène de tout le champ pulmonaire. Il subsiste à droite quelques marbrures très denses dans la région inter-cléido-hilaire.

La malade revient chaque année au Dispensaire. Au mois de janvier 1932, la malade fait une fausse couche de 4 mois

sans fièvre, sans amaigrissement. Son état général est très bon.

A gauche l'aspect radiologique n'a pas varié.

A droite on ne trouve plus que quelques très rares marbrures entre le hile et la clavicule.

OBSERVATION N° 19

Mme SI... Madeleine.

Tuberculose excavée du poumon gauche, traitée par un pneumothorax artificiel efficace. Six ans après le début du traitement la malade supporte parfaitement une grossesse. Accouchement et suites de couches normaux. Le traitement est encore entrepris pendant trois ans, puis cessé pour cause de symphyse. Trois ans après l'arrêt du traitement, excellent état général.

La malade, chez qui on ne trouve aucune maladie de l'enfance eut une « bronchite » en 1916 alors qu'elle était infirmière au Service des armées. Elle se sentit très fatiguée alors, toussait et crachait beaucoup. Cet état se prolongea pendant un an avec, parfois des poussées fébriles qui l'obligeaient à s'aliter. En 1917, elle fut réformée et envoyée dans un sanatorium où la cure ne produisit aucun effet favorable. Elle part ensuite à Menton où le 3 novembre 1917 un pneumothorax fut institué pour une lésion spéléonquaire du poumon gauche. Présence de bacilles de Koch dans l'expectoration. On lui insuffle des doses de gaz considérables : 800 cm³ — 1000 cm³ et jusqu'à 2.500 cm³ ! En 1910, la malade fait une poussée liquidienne qui dure un an ; traitée par 2 ponctions de 500 cm³, le liquide ne se renouvelle plus.

La malade vient au mois de juin 1922 à Paris et le pneumothorax est continué au Dispensaire Léon Bourgeois.

Le pneumothorax se poursuit normalement ; on ne trouve

plus de bacilles de Koch ni à l'examen direct, ni à l'homogénéisation. Au mois d'octobre 1923, la malade commence une grossesse après 6 ans de traitement. Celle-ci est parfaitement supportée. Elle accouche normalement au début de juin 1924. Les suites de couches sont normales et l'enfant bien portant est pris au Placement Familial des Tout Petits.

Un mois après l'accouchement, alors que le pneumothorax gauche est continué dans d'excellentes conditions on note l'apparition de quelques taches et marbrures sous la clavicule droite ; mais elles s'estompent progressivement, et en janvier 1927 on n'en trouve plus trace.

La malade est en parfait état. Mais le poumon gauche se recolle à la base et au sommet, le moignon est très clair, on abandonne donc les insufflations. Le 15 juin 1927 on note un peu de rétraction costale gauche, une forte attraction médiastinale ; la poche d'air est encore visible mais très diminuée.

A droite, on note une petite tache « en grain de plomb » sous la clavicule.

Au mois d'octobre 1927, la malade va très bien et à partir de cette date on ne la revoit plus au Dispensaire..

OBSERVATION N° 20

Mme BE... Jeanne, 25 ans.

Tuberculose ulcéro caséeuse évolutive du poumon droit traitée par un pneumothorax artificiel. Huit mois après, la malade commence une grossesse parfaitement supportée et accouche normalement. Puis, elle commence une deuxième grossesse après 20 mois de traitement, tout aussi normale que la première. Si mois après le deuxième accouchement, la malade va très bien.

La malade infirmière libre fut admise dans le service du Professeur Léon Bernard en octobre 1922 pour une tuberculose excavée du poumon droit ; elle toussait et crachait depuis

deux mois. On lui institue un pneumothorax thérapeutique rapidement efficace. Puis elle fait un séjour en sanatorium où les insufflations sont poursuivies sans incident. Puis elle commence une grossesse parfaitement supportée au début, mais se terminant à la Clinique Baudelocque au début de décembre 1923 par un accouchement prématuré. Enfant mort-né. Suites de couches normales.

Le pneumothorax est insufflé régulièrement.

Après être restée trois mois chez elle, la malade entre à nouveau au sanatorium de La Tuyolle, enceinte de six semaines. La gestation est parfaitement normale et la malade accouche spontanément à la clinique Baudelocque le 18 novembre 1924 d'une fille vivante.

Mais une insufflation pratiquée à Baudelocque fut suivie d'un faible crachement de sang et la malade revient à Laënnec en prévision de complications pulmonaires possibles, qui ne se sont d'ailleurs pas produites.

Son état général reste excellent. Elle ne présente ni toux ni expectoration ; un examen radioscopique le 3 décembre 1924 montre des bases pulmonaires normales, quelques taches très discrètes sous la clavicule droite mais pas de signes nets de pneumothorax. Celui-ci est toujours continué au Dispensaire et la malade reprend son travail en avril 1925, sans fatigue. Puis elle abandonne d'elle-même le traitement et on ne la revoit plus.

OBSERVATION N° 21

Mme JE..., Marcelle, 22 ans.

Tuberculose pulmonaire droite à forme de lobite supérieure excavée traitée par un pneumothorax artificiel. La malade commence une première gestation après un an de traitement, terminée par une fausse couche de 4 mois. Vingt mois après le début du traitement elle commence une deuxième grossesse bien supportée. Accouchement et suites

de couches normaux. Huit mois après cet accouchement, le pneumothorax est abandonné par suite de symphyse pleurale. Plus de trois ans après la cessation du traitement, la malade mène à bien une autre gestation et accouche normalement. Quatre mois après elle est en excellent état.

A la suite d'un accouchement en janvier 1924, la malade maigrit et se sent fatiguée. En août 1924, elle présente des douleurs thoraciques, elle consulte un médecin qui lui conseille le repos à la campagne. Elle y reste un mois, mais dès sa rentrée à Paris, recommence à s'affaiblir. Elle vient le 22 décembre 1924 au Dispensaire Léon Bourgeois. L'examen radioscopique montre une diminution de transparence du 1/3 supérieur du champ pulmonaire droit avec aspect en mie de pain à larges mailles et limite scissurale très nette. A gauche, image thoracique normale.

A l'auscultation, présence de râles bulleux dans la fosse sus épineuse droite.

La bacilloscopie est positive. La malade entre le 7 février 1925 dans le Service du Professeur Léon Bernard. Température oscillant entre 37° et 39° pendant 15 jours puis revient en lysis à la normale.

Le pneumothorax thérapeutique droit est institué le 6 mars 1925. Le poids de la malade augmente rapidement. Le collapsus est électif au lobe supérieur, mais on voit toujours une spélonque dans le moignon collabé. La malade fait un séjour d'un an au sanatorium de Brévannes où le pneumothorax est continué. Elle va ensuite habiter à Lyon ; ses insufflations sont faites à l'Hotel Dieu.

En avril 1926, la malade commence une grossesse bien supportée mais fait une fausse couche de 4 mois 1/2 sans suites fâcheuses.

La malade revient à Paris et commence une nouvelle grossesse en décembre 1926, elle se sent fatiguée et on la soigne pour une métrorragie dans le service du Docteur Auvray ; puis elle revient le 25 janvier 1927 dans le Service où son état s'améliore rapidement.

Le 8 août 1927, la malade accouche spontanément à terme

à la Clinique Baudelocque d'un garçon pesant 2 kgs 400. Suites de couches normales.

Mais peu à peu le poumon revient à la paroi et à partir du mois d'avril 1928 on ne peut plus continuer les insufflations.

La malade vient se faire suivre régulièrement au Dispensaire. Ainsi en février 1930, on note à droite un lobe supérieur occupé par une ombre homogène. Le reste du champ pulmonaire est divisé en deux parties : une partie interne de transparence normale mais présentant une ligne dense partant du hile et se portant vers le gril costal sans l'atteindre. La malade fait un séjour au sanatorium d'Angicourt de mars 1930 à février 1931.

Elle reprend son travail en juillet 1931. Au mois de Novembre elle commence une quatrième grossesse qui la fatigue ; elle maigrit un peu. Elle entre à nouveau dans le Service le 22 mai 1932 en attendant son accouchement. Celui-ci a lieu le 31 mai à la Clinique Baudelocque ; il est parfaitement normal ainsi que les suites de couches. La malade met au monde une fille vivante pesant 2 kgs 600, vaccinée au B.C.G.

4 mois après l'accouchement, la mère présente un parfait état pulmonaire et général.

OBSERVATION N° 22

Mme LA..., Clémence, 20 ans.

Tuberculose ulcéro fibreuse du poumon gauche traitée par un pneumothorax artificiel. Un an après le début du traitement la malade commence une grossesse terminée par un accouchement normal. Une légère poussée fébrile apparaît 15 jours après l'accouchement sans suites pulmonaires fâcheuses. Dix mois après, la malade abandonne les insufflations. Une bilatéralisation se produit ; 6 mois après

la cessation du traitement la malade présente un état très médiocre.

Au mois de Septembre 1924 la malade aurait eu une broncho-pneumonie soignée en province. Elle s'en remet facilement. Elle vient habiter Paris à partir du mois de novembre 1924.

Au mois de janvier 1925 la malade commence à tousser et à cracher en même temps qu'apparaît une poussée fébrile à 38°5. La malade se repose chez elle et la fièvre diminue, elle vient le 12 février 1925 au Dispensaire Léon Bourgeois, l'examen montre la présence de taches et marbrures disséminées dans la région sous claviculaire gauche ; quelques râles bulleux fins sont perçus à ce niveau. Un examen montre la présence de bacilles de Koch ; à droite l'image thoracique paraît normale. La malade entre dans le Service du Professeur Léon Bernard le 16 février 1925, sa température oscille entre 37 et 38°, un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 27 mars 1925. Le collapsus pulmonaire est rapidement bon surtout à la partie supérieure du poumon. La malade quitte le service le 11 septembre 1925 et son pneumothorax est insufflé au Dispensaire.

Dès ce moment l'état général de la malade est très bon, la toux et l'expectoration diminuent.

Au mois de février 1926 après un an de traitement par le pneumothorax, la malade commence une grossesse parfaitement supportée surtout pendant les 8 premiers mois, mais qui la fatigue le dernier mois, la malade accouche le 18 novembre 1926 chez elle d'un garçon pesant 4 kgs 500 ; accouchement normal ; enfant bien portant, vacciné au B.C.G. élevé par la mère et nourri au lait stérilisé. Quinze jours après l'accouchement, la malade fait une légère poussée fébrile à 38°, elle recommence à tousser et à cracher. Ces phénomènes rétrocedent très rapidement et la malade se remet vite de ses suites de couches.

A partir du mois d'avril on note une tendance du poumon à la symphyse. Au mois de septembre 1927 la malade doit partir à la campagne et elle décide à ce moment d'aban-

donner le pneumothorax 30 mois après le début du traitement.

Elle revient au Dispensaire le 4 mars 1928, son pneumothorax est abandonné depuis 6 mois. A l'examen radioscopique on note un peu de rétraction costale une légère attraction du médiastin. Il existe une légère diminution de transparence du sommet droit formée sous la clavicule par des taches et marbrures ; de plus la malade maigrit, tousse et crache, son état général est médiocre et à partir de cette date la malade ne revient plus au Dispensaire.

OBSERVATION N° 23

DEL..., Eugénie, 18 ans.

Tuberculose fibreuse traitée par un pneumothorax artificiel.

Après 22 mois de traitement la malade commence une grossesse terminée par un accouchement prématuré à 7 mois. Une bilatéralisation discrète apparaît à la suite de cet accouchement, le pneumothorax est encore continué pendant un an. Les lésions droites ne donnent aucun signe d'activité. Brusquement la malade abandonne le traitement, son état général est bon à ce moment.

La malade qui avait toujours été maigre et faible dans l'enfance commença à tousser et cracher en avril 1926. Elle se sent très fatiguée, elle maigrit, sa température atteint 39° et s'y maintient pendant quelques jours, après un repos au lit son état s'améliore, mais des douleurs thoraciques persistent ainsi que la toux et l'expectoration, elle vient le 4 octobre 1920 au Dispensaire Léon Bourgeois, on note des taches et marbrures dans les 2/3 supérieurs du poumon gauche avec une spéléonque sous la clavicule. La malade entre le jour même dans le service du Professeur Léon Bernard, son expectoration est bacillifère.

Un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 22 Octobre 1926.

Au début de novembre 1926 la température de la malade s'élève à 39°5 quelques jours au moment des règles, puis revient à la normale. La malade quitte le service le 14 décembre 1926 et part à Brévannes, elle ne reste que 10 jours, part sur sa demande et en rentrant chez elle, fait une hémoptysie de quelques crachats sanglants. On l'insufflé deux fois encore au Dispensaire, puis comme elle est toujours un peu fébrile, elle entre dans le service pour un deuxième séjour. Son expectoration est toujours bacillifère, mais ne le reste que jusqu'en février 1927. La malade part le 13 mars 1927 améliorée et son pneumothorax est continué au Dispensaire : un épanchement liquidien est apparu, il occupe rapidement le 1/3 inférieur de l'hémithorax, les pressions terminales deviennent positives.

Le 2 novembre 1927 la malade repart à Brévannes mais n'y reste qu'un mois. En août 1928 après 22 mois de traitement la malade est enceinte de 4 mois elle fait chez elle un accouchement prématuré à 7 mois. Son état général reste bon jusqu'en janvier 1929 ; à cette époque elle se sent fatiguée et elle entre pour un troisième séjour dans le Service. Quelques taches sont apparues à droite entre le hile et la clavicule et le 9 janvier 1929 on trouve à nouveau des bacilles de Koch dans les crachats. Le repos au lit améliore la malade, son pneumothorax gauche est toujours entretenu, elle quitte le service le 14 février 1929.

En avril 1929 quelques crachats sanglants réapparaissent. Elle part pour un troisième séjour à Brévannes le 14 mai et y aurait séjourné jusqu'en octobre 1929. Elle est suivie au Dispensaire jusqu'au mois de juillet 1930. Les taches et marbrures observées à droite sont toujours notées mais elles ne se sont pas étendues.

A partir de juillet 1930, la malade indocile part brusquement dans le midi et ne donne plus de ses nouvelles.

OBSERVATION N° 24

DAUF..., Juliette, 27 ans.

Tuberculose du poumon droit avec vaste spéléonque sous claviculaire traitée par un pneumothorax artificiel.

Un épanchement survient qui oblige à faire des ponctions, puis le pneumothorax est remplacé par un oléothorax. — 19 mois après le début du traitement par la collapsothérapie, la malade commence une grossesse parfaitement supportée, l'accouchement est normal ainsi que les suites de couches. — Trois ans après, l'état de la malade est très bon.

La malade, qui avait toujours été bien portante, ressent au mois de Janvier 1927, un point de côté sous l'omoplate droite ; peu à peu, elle maigrit, tousse et crache abondamment et sa température atteint 38° le soir. Elle vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois le 14 Février 1927. L'examen révèle dans le champ pulmonaire droit la présence de tâches et marbrures du 1/3 supérieur du poumon avec une spéléonque de la grosseur d'une orange sous la clavicule. La malade entre dans le service du Professeur Léon Bernard le 10 Mars 1927, sa température oscille autour de 38°, son expectoration est bacillifère ; malgré le repos, son état a décliné et au début du mois d'Avril sa température atteint 39° le soir. Un pneumothorax thérapeutique droit est institué le 5 Avril 1927.

Lentement, la température revient à la normale et les bacilles persistent dans les crachats. La malade quitte le service le 18 Juillet 1927.

Elle part à Chambéry où les insufflations sont poursuivies et la spéléonque persiste dans le moignon pulmonaire. Elle revient à Paris en Février 1928 et son pneumothorax est poursuivi au Dispensaire. On trouve du liquide dans le sinus costo-diaphragmatique, il augmente de quantité et gêne la

malade. Le 2 Mars on pratique une ponction de 80 cmc de liquide qui est remplacée par 180 cmc de gaz, mais le liquide se reforme. Le collapsus est difficile à préciser. Le 23 Avril, on pratique une nouvelle ponction de 125 cmc, et on injecte 125 cmc de gaz. On fait encore trois insufflations, mais on ne peut insuffler que de très petites quantités. Il existe une tendance progressive du poumon de la symphyse et le Docteur Triboulet institue un oléothorax le 4 Mai 1928. On ponctionne 10 cmc de liquide, on insuffle 50 cmc de gaz et on injecte 15 cmc d'huile de paraffine goménolée à 3 % .

Le 20 Juin 1928 ponction 50 cmc ; gaz + 30 cmc ; huile de paraffine goménolée 3 %, 30 cmc.

Le 9 Juillet 1928 ponction 60 cmc ; gaz 0 cmc ; huile de paraffine goménolée 3 % 60 cmc.

Une amélioration notable de l'état pulmonaire et général se produit. La malade grossit ne tousse plus et ne crache plus.

Une grossesse était intervenue à partir du mois de Novembre, parfaitement supportée après 19 mois de traitement par la collapsothérapie. L'examen radioscopique montre une diminution de transparence du moignon pulmonaire et la spéléonque n'est plus visible. A partir du 3 Août 1928, on injecte de l'huile paraffinée pure. La grossesse continue sans incident et la malade accouche le 28 Juillet 1929. Les suites de couches sont normales. La malade va parfaitement bien ; on injecte de l'huile de temps à autre. Les années 1930 et 1931 se passent sans incident.

Le 22 Février 1932, on note une tendance à la symphyse. A la base, il existe toujours du liquide et une ponction de 400 cmc est pratiquée le 25 Avril 1932, nouvelle ponction de 30 cmc à la seringue. On désinsuffle un peu le pneumothorax.

Actuellement, la mère et l'enfant sont en parfait état.

OBSERVATION N° 25

LASA..., Ernestine, 24 ans.

Tuberculose ulcéro fibreuse du poumon droit traitée par un pneumothorax artificiel. La malade

commence une grossesse dès le début du traitement, terminée 3 mois après par une fausse couche. Cet incident ne fut suivi d'aucune suite fâcheuse. Une symphyse précoce empêche la continuation du traitement au bout de 2 ans. 7 mois après la cessation du traitement la malade est en parfaite santé.

La malade a toujours été bien portante jusqu'au mois de Janvier 1927, à ce moment, elle a fait une hémoptysie de la valeur d'un demi-verre de sang ; la malade dit qu'elle n'a présenté à cette époque ni épisode fébrile, ni amaigrissement. La malade n'a pas cessé son travail et n'a pris aucun soin.

En Mars 1928, la malade commence à tousser et à expectorer peu abondamment. Elle ressent une douleur dans la fosse sous-épineuse droite ; son état général n'est pas atteint. Elle vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois le 2 Avril 1928.

Dans les antécédents de la malade, on relève deux grossesses. La première en 1923 : l'enfant est bien portant. La deuxième donne naissance à deux jumeaux, tous deux décédés, l'un à 7 mois, l'autre à 3 mois, de maladies inconnues.

Sa mère est décédée de tuberculose en Février 1928, et la malade a vécu en contact permanent avec elle. Le jour de sa consultation, l'examen radioscopique révèle dans le champ pulmonaire droit un sommet légèrement diminué de transparence non homogène, avec une tache claire dans la région péri-hilaire.

L'examen stéthacoustique révèle l'existence de râles bulleux fins dans les fosses sus et sous-épineuses et sous la clavicule. La malade entre salle Dieulafoy dans le Service du Professeur Léon Bernard, le 12 Juin 1928 ; un examen de crachats en date du 14 Juin montre la présence de bacilles de Koch.

Un pneumothorax thérapeutique droit est institué le 19 Juin 1928. Le collapsus pulmonaire est bon et la malade quitte le service le 3 Juillet 1928. Les insufflations sont continuées au Dispensaire.

La malade commence une grossesse bien supportée au début, mais elle fait une fausse couche de 3 mois en Août

1928. Cet incident ne fut suivi d'aucune suite fâcheuse.

Son expectoration reste bacillifère jusqu'en Janvier 1929 après quoi on ne peut plus trouver de bacilles.

Au début du mois de Novembre 1927, la malade expectore trois crochats sanglants sans poussée fébrile concomittante.

Le poumon gauche reste radiologiquement normal et la malade va parfaitement bien.

A partir du mois de Janvier 1930, il se forme une symphyse possessive et les insufflations deviennent plus difficiles.

Il est impossible de continuer les insufflations à partir du 18 Juin 1930.

En Janvier 1931, le pneumothorax est cessé depuis 6 mois. Le moignon pulmonaire est complètement clair. Il existe une légère rétraction médiastinale et costale et la malade a grossi de 2 kilos depuis la cessation du pneumothorax.

OBSERVATION N° 26

Mme BOUF..., Lucienne, 19 ans.

Tuberculose caséuse du poumon gauche traitée par un pneumothorax artificiel rapidement efficace. 17 mois après le début du traitement par la collapsothérapie la malade commence une première grossesse terminée par un accouchement normal à terme. 3 mois après la malade supporte une deuxième grossesse aussi normale que la première. Dans les mois qui suivent quelques petites taches apparaissent dans le poumon droit ne donnant à aucun moment des signes d'activité. Une symphyse progressive se forme dans l'année qui suit le deuxième accouchement et on doit cesser les insufflations. Un an après la malade va parfaitement bien.

La malade, qui avait toujours été en excellente santé, est prise, en Octobre 1927, brusquement, d'une toux quinteuse

suivie d'une hémoptysie de sang pur de deux verres environ. Ces crachats sanguinolents se sont prolongés pendant 4 jours; une poussée fébrile est apparue à ce moment et elle va consulter au Dispensaire d'Aubervilliers qui l'envoie au Dispensaire Léon Bourgeois. Elle n'y vient que le 5 Décembre 1927 ayant un peu maigri, mais ne toussant pas et ne crachant pas. L'examen radioscopique montre la présence dans le 1/3 supérieur du champ pulmonaire gauche de taches fines assez nombreuses confirmées par une radiographie. L'image thoracique droite est normale.

L'examen stéthacoustique met en évidence la présence de râles bulleux fins dans la fosse sous-épineuse gauche et sous la clavicule.

La malade entre le 31 Décembre 1927 dans le service du Professeur Léon Bernard. Sa température est normale. L'examen bactériologique des crachats montre la présence de bacilles de Koch.

Un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 19 Janvier 1928. Rapidement l'état général de la malade s'améliore : le collapsus pulmonaire est bon et la malade quitte le service le 9 Février, ayant engraisé de près de 4 kilos pendant son séjour.

Les insufflations sont continuées au Dispensaire, le pneumothorax est sec, total et efficace : les années 1928 et 1929 se passent sans incident.

La malade ne présente ni toux, ni expectoration, et travaille normalement.

En Juin 1929, la malade commence une grossesse bien supportée après 17 mois de Pneumothorax artificiel n'altérant aucunement son bon état général. Pendant cette gestation, le pneumothorax gauche est poursuivi sans incident et la malade accouche à la clinique Baudelocque le 14 Février 1930 d'un garçon pesant 3.090 gr., vacciné au B.C.G. Placenta 440 gr. Après cet accouchement, la malade maigrit un peu, mais son état pulmonaire reste bon.

Trois mois après ce premier accouchement, la malade est enceinte une deuxième fois, sa grossesse est encore très bien supportée, le pneumothorax est toujours entretenu et la malade accouche normalement chez elle, le 19 Décembre

1930, d'un garçon pesant 3 kilos, vacciné au B.C.G., il est élevé par la mère et nourri au lait de vache.

Cinq mois après le deuxième accouchement, apparaissent quelques petites taches peu foncées sous la clavicule droite ; mais la malade ne présente pas de poussée fébrile et elle va bien.

Le pneumothorax est entretenu pendant toute l'année 1931, mais il se forme une symphyse progressive et on ne peut plus continuer les insufflations à partir du mois de Janvier 1932.

Le 16 Mars 1932, la malade revient au Dispensaire, on lui trouve à gauche une rétraction costale, une attraction du médiastin, il existe une diminution de transparence homogène de toute la hauteur du champ pulmonaire. A droite, il existe toujours dans la région intercléido-hilaire quelques petites taches peu visibles apparaissant après la toux.

L'état général de la malade est excellent et les lésions droites ne semblent pas avoir tendance à évoluer.

OBSERVATION N° 27

GRE..., Germaine, 26 ans.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche traitée par un pneumothorax artificiel sec, total et efficace. Au bout de 4 ans de traitement, la malade nettement améliorée supporte facilement une grossesse qui semble aider la collapsothérapie et accouche normalement. 30 mois après l'accouchement le pneumothorax est toujours continué et la malade va parfaitement bien.

La malade, en parfaite santé jusqu'à 1925, commence, à la suite d'un rhume survenu au mois d'Octobre 1925, à tousser, puis, un mois plus tard, l'expectoration apparaît. Au mois de Décembre, la malade se sent très fatiguée, maigrit et fait une poussée fébrile à 39°. Elle entre au sanatorium

de la Montagne à Courbevoie où l'on trouve une lésion bacillifère du poumon gauche. Un pneumothorax artificiel est institué le 1^{er} Janvier 1926. Le collapsus pulmonaire est rapidement bon. Trois semaines après l'institution du traitement la malade rentre chez elle et les insufflations sont continuées en ville.

Dans les antécédents de la malade, on trouve une rougeole, une coqueluche et une varicelle dans l'enfance.

La malade reste bacillifère jusqu'au mois de Juin 1926, puis le pneumothorax étant complet, sec et efficace peu à peu, l'expectoration cesse. Elle vient se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois à partir du 13 Octobre 1926.

Le collapsus pulmonaire est parfait et la malade va très bien. Le pneumothorax est continué pendant 4 ans sans incident, la malade travaille. Au mois de Février 1930, la malade commence une grossesse ; cette gestation améliore considérablement l'état général de la malade. Elle avoue ne s'être jamais aussi bien portée qu'à ce moment. L'accouchement a lieu à la Clinique Baudelocque en Novembre 1930 ; l'enfant vacciné au B.C.G. est élevée par la mère, nourrie au lait stérilisé.

Pendant les suites de couches, la malade ne présente aucune poussée fébrile.

Après cet accouchement, les insufflations sont toujours continuées au Dispensaire ; au mois de Juin 1931, la malade dont le pneumothorax remonte à 6 ans 1/2, est en parfait état général. Son enfant se porte bien.

OBSERVATION N° 28

DEC..., Odette, 20 ans.

Tuberculose ulcéro fibreuse unilatérale droite traitée par un pneumothorax artificiel électif. Six mois après le début du traitement la malade commence une grossesse terminée par un avortement 4 mois plus tard. Les suites de couches sont normales.

Une symphyse progressive se forme et un an après la malade chez qui on pratique de très faibles insufflations de gaz présente un état général excellent.

La malade commence à tousser et à cracher un peu au début du mois de Janvier 1930, sans épisode pulmonaire aigu. Mais le 28 Avril, elle a craché quelques petits caillots sanguins mêlés à l'expectoration du matin. La malade se sent fatiguée mais continue son métier de sténo-dactylographe. Le 29 Mai 1930, une nouvelle hémoptysie se déclare (1/2 verre environ) et inquiète la malade qui consulte au Dispensaire du 10^e Arrondissement. On lui trouve des lésions de tuberculose pulmonaire unilatérale droite. Elle est envoyée au Dispensaire Léon Bourgeois en vue d'un traitement par pneumothorax artificiel.

Le 19 Juin 1930, un examen radioscopique montre à droite une légère rétraction thoracique ; il existe des taches et marbrures prédominant dans la moitié supérieure du champ pulmonaire avec aspect en mie de pain à larges mailles. Le poumon gauche semble normal.

Un examen bactériologique des crachats montre la présence de bacilles de Koch.

Un pneumothorax thérapeutique droit ambulatoire est institué le 26 Juin 1930.

Le collapsus pulmonaire difficile à apprécier au début, est plus visible à partir du mois d'Août. Il est bon au sommet, mais médiocre à la base.

Le 20 Septembre 1930, on ne trouve plus de bacilles de Koch dans l'expectoration. En Décembre 1930, alors que le Pneumothorax artificiel est entretenu dans de bonnes conditions depuis six mois, la malade commence une grossesse bien supportée, mais cette grossesse est interrompue au bout de 4 mois, la malade ayant fait une fausse couche non suivie de fièvre, ni d'aucun symptôme alarmant. On continue les insufflations, mais une symphyse progressive se forme et les quantités de gaz insufflées sont plus faibles.

Au mois de Septembre 1931, un peu de liquide apparaît dans la poche pleurale. On continue néanmoins des insufflations de plus en plus réduites.

En Avril 1932, le liquide a disparu, la poche est très réduite et on continue toujours de faibles insufflations. L'état général de la malade est excellent.

OBSERVATION N° 29

ELF..., Lucienne, 17 ans.

Tuberculose caséuse à localisation droite traitée par un pneumothorax artificiel efficace. Deux ans après la malade commence une grossesse parfaitement supportée. Elle accouche normalement à terme. Un abcès du sein apparaît dans les suites de couches, qui n'occasionne aucune complication. Un an après la malade se trouve en parfaite santé.

La malade, qui avait été bien portante jusqu'au mois de Septembre 1928, commence à tousser ; sa toux est quinteuse et sèche au début, mais quelques jours après, elle commence à cracher. Au même moment, elle se sent fatiguée, manque d'appétit et présente d'abondantes sueurs nocturnes. Au début du mois d'Octobre 1928, à la suite d'une brusque poussée fébrile atteignant 40° la malade consulte un médecin en ville qui l'envoie au Dispensaire Léon Bourgeois où elle vient le 27 Octobre. Le jour même, son admission est signée pour le Service du Professeur Léon Bernard.

Un examen radioscopique pratiqué le 31 Octobre montre un assombrissement général de l'hémithorax droit, avec taches et marbrures multiples surtout dans la région claviculaire où le poumon a un aspect en mie de pain.

L'hémithorax gauche est peu transparent, le sommet s'éclaire mal à la base, mais il n'y a pas de taches visibles.

La température de la malade oscille entre 37° et 38°. Un pneumothorax droit est institué le 6 Novembre 1928. Rapidement, la température redevient normale. Le collapsus pulmonaire est très bon et la malade quitte le service le 6 Décembre 1928, ayant grossi de 2 kilos. Le pneumothorax

est continué au Dispensaire Léon Bourgeois. Puis la malade fait un séjour de 10 mois au Sanatorium de Bligny, où son état général s'améliore beaucoup. Les bacilles disparaissent de l'expectoration à partir du mois d'Avril 1929. L'année 1930 se passe sans incident et la malade va parfaitement bien.

Au mois de Novembre 1930, la malade commence une grossesse après deux ans de Pneumothorax artificiel parfaitement supportée et elle accouche normalement au mois de juillet 1931 d'une fille pesant 3 kilos 250, vaccinée au B.C.G. et séparée de la mère. Les suites de couches sont normales, sans élévation de température, mais la malade présente un abcès au sein et elle maigrit de 2 kilos 500. Le pneumothorax est toujours insufflé sans incident.

Il est continué toutes les trois semaines par la suite et au mois de Juin 1932, un an après l'accouchement, la mère et l'enfant vont parfaitement bien.

OBSERVATION N° 30

GALL..., Colette, 19 ans.

Tuberculose fibreuse du poumon droit traitée par un pneumothorax artificiel. La malade commence une grossesse bien supportée après un an de traitement par la collapsothérapie. L'accouchement et les suites de couches sont normaux. Un an après la malade se trouve en parfaite santé.

Au mois de Novembre 1929, pendant une période menstruelle, la malade fait une hémoptysie peu abondante et non accompagnée de poussée fébrile. A partir de cette époque, elle se sent fatiguée, elle présente une douleur thoracique à droite, mais ne tousse pas et ne crache pas.

La malade vient le 28 Décembre 1929 au Dispensaire Léon Bourgeois où un examen radioscopique montre des taches et marbrures disséminées dans les 2/3 supérieurs du

poumon droit. Le poumon gauche paraît normal. L'examen sthétacoustique ne révèle aucune anomalie respiratoire.

La malade entre le même jour dans le service du Professeur Léon Bernard ; sa température est normale. On ne trouve pas de bacilles de Koch à l'examen des selles. Un pneumothorax artificiel droit est tout de même institué.

La malade va parfaitement bien ; elle quitte le service le 22 Février 1930. Son pneumothorax est continué au Dispensaire. Le collapsus pulmonaire est excellent.

Au mois de Janvier 1931, après un an de traitement par le pneumothorax artificiel, la malade commence une grossesse très bien supportée. Les insufflations sont poursuivies sans trouble pendant la gestation.

La malade accouche spontanément d'un garçon pesant 2 kilos 500, au mois de Juillet 1931.

Les suites de couches sont normales. La malade continue à avoir un état général excellent.

Au mois de Décembre 1931, il existe un léger degré de déviation médiastinale et on diminue un peu les quantités de gaz insufflé.

Actuellement, la mère et l'enfant se portent parfaitement bien. Le pneumothorax est toujours sec, total et efficace.

OBSERVATION N° 31

II..., Hélène, 32 ans.

Tuberculose ulcéro-fibreuse du poumon droit traitée par un pneumothorax artificiel rapidement efficace. Une grossesse terminée par un accouchement normal est bien supportée par la malade après deux ans de traitement. Au bout d'un an, l'état pulmonaire et général sont excellents.

La malade, qui s'était toujours parfaitement bien portée jusqu'au mois de Mai 1928, commence, à cette époque, à la

suite d'une « bronchite » accompagnée de fièvre à 39° et 40° à tousser et cracher. Rapidement la température baisse, puis revient à la normale, mais la malade maigrit progressivement. Au mois de Juillet, elle expectore quelques crachats sanglants et c'est à ce moment qu'elle vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois où un examen radioscopique en date du 26 Juillet 1928 montre une obscurité non homogène de la moitié du champ pulmonaire droit. Le champ pulmonaire gauche paraît **normal**.

Dans ses antécédents, on ne relève rien d'anormal. La malade a deux enfants qui sont en parfaite santé.

Elle entre le 3 Août 1928 dans le service du Professeur Léon Bernard. Son expectoration est bacillifère. La malade a conservé un état général fébrile. Un pneumothorax thérapeutique droit est institué le 14 Août 1928. Le collapsus pulmonaire est rapidement bon et la malade quitte le service le **21 Septembre**. Les insufflations sont continuées au Dispensaire.

Un épanchement liquidien apparaît au mois d'Octobre 1928, qui se révèle lentement et amène une symphyse de la base après sa disparition. L'expectoration reste bacillifère jusqu'au mois de Décembre 1928 après quoi on ne trouve plus de bacilles de Koch dans l'expectoration.

La malade présente un excellent état général. Au mois de Mai 1930, après 21 mois de traitement par le pneumothorax artificiel, la malade commence une grossesse bien supportée ; l'accouchement est normal et la malade met au monde une fille bien portante pesant 3 kilos. Suite de couches normales sans poussée fébrile.

A la suite de cet accouchement, la malade n'est pas fatiguée, son pneumothorax est toujours insufflé, il existe toujours une symphyse de la base. Au mois de Mai 1932, plus d'un an après l'accouchement, l'état général de la mère et de l'enfant est toujours très satisfaisant.

OBSERVATION N° 32

LASS... Georgette.

Tuberculose pulmonaire droite apparue à la suite d'un troisième accouchement et traitée par un pneumothorax artificiel efficace. Trois ans après, la malade commence une grossesse et accouche normalement. Six mois après, elle va parfaitement bien.

La malade, qui n'avait jamais eu aucun épisode pulmonaire, et qui avait présenté trois grossesses normales, commence, deux mois après le troisième accouchement, au mois de Janvier 1928, à tousser et à maigrir progressivement. Puis l'expectoration apparaît et la malade vient le 27 Mars 1928 consulter au Dispensaire Léon Bourgeois. A ce moment, on se trouve en présence d'une femme pâle, amaigrie, présentant une température aux environs de 39°5. L'examen radioscopique montre un gros bloc d'opacité occupant le 1/3 supérieur du champ pulmonaire droit, avec une limite inférieure scissurale très nette. Le reste du poumon droit, ainsi que tout le poumon gauche, est radioscopiquement normal. Un examen stéthacoustique met en évidence la présence de râles bulleux fins dans tout le 1/3 supérieur du poumon droit avec une zone de matité à ce niveau.

La malade entre le 27 Mars 1928 dans le service du Professeur Léon Bernard ; un pneumothorax thérapeutique droit est institué le 27 Avril 1928 avec succès. Le collapsus pulmonaire est bon. La température redevient normale et la malade quitte le service le 14 Juillet 1928 ; à ce moment, son expectoration est encore bacillifère et le restera jusqu'au mois de Septembre 1928. Le pneumothorax est continué au Dispensaire dans de bonnes conditions ; au mois de Septembre, la malade se plaint de la gorge, mais un examen montre un catarrhe laryngé banal. Une poussée liquidienne apparaît au mois d'Octobre 1928, les insufflations sont poursuivies, mais les pressions terminales deviennent positives.

On continue les insufflations toutes les trois semaines environ, pendant tout le cours des années 1929 et 1930. Puis on les espace tous les mois ; la malade va toujours parfaitement.

Au mois d'avril 1931, la malade commence une grossesse bien supportée au début ; mais au quatrième mois de la gestation, l'épanchement liquidien du pneumothorax la gêne un peu et le 3 Août 1931 une ponction de 1075 cmc de liquide est pratiquée et remplacée par 800 cmc de gaz — 20 + 12. Puis la grossesse se poursuit et la malade accouche normalement au mois de Janvier 1932.

Le pneumothorax est encore entretenu au mois de Juillet 1932 et la malade est en parfaite santé.

OBSERVATION N° 33

ROU... Marguerite, 22 ans.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse traitée par un pneumothorax artificiel. Après trois ans de traitement, la malade commence une grossesse bien supportée. Accouchement normal, mais délivrance artificielle après anesthésie au chloroforme. Le pneumothorax est encore poursuivi pendant 6 mois, puis cessé pour cause de symphyse. Un an après, l'état pulmonaire et général est excellent.

Le début de la maladie semble remonter au mois d'Avril 1926 quand la malade, après une fausse couche, commence à se sentir fatiguée et à maigrir. A cette époque, la malade était traitée à l'Hôpital Saint-Louis pour un chancre mixte de la vulve avec adénopathie suppurée. Elle reçut deux séries d'injections intraveineuses de novarsénobenzol et une série d'injections intramusculaires de Curaluès.

Vers le milieu du mois de Février 1927, la malade commence à tousser surtout la nuit et le matin. En Avril 1927, elle expectore pendant deux soirées consécutives quelques

crâchats sanguinolents. Puis, rapidement, elle maigrit ; sa température atteint 38° le soir.

Dans ses antécédents, on ne note aucune maladie de l'enfance ; son père est décédé de tuberculose pulmonaire en 1924.

La malade vient le 23 Juin 1927 au Dispensaire Léon Bourgeois où un examen radioscopique montre l'existence d'une plage d'ombre non homogène à la partie externe du champ pulmonaire gauche ; il existe des taches et marbrures sous la clavicule gauche avec existence d'une spéléonque à ce niveau. Le champ pulmonaire droit paraît normal.

La malade entre dans le service du Professeur Léon Bernard le 25 Juillet ; sa température oscille entre 37° et 38°5. Son expectoration est bacillifère.

Un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 6 Août 1927 et très rapidement la température redevient normale.

La malade quitte le service le 13 Septembre et son pneumothorax est poursuivi au Dispensaire.

Au mois de Novembre 1927, la malade part dans le Midi et les insufflations sont continuées à Nice, elle ne revient à Paris qu'au mois de Novembre 1929.

Le pneumothorax est efficace. La malade va parfaitement bien, elle ne tousse plus, et ne crache plus. A partir du mois de Janvier 1930, on note que le poumon tend à se recoller à la paroi à la base.

Au mois de Juillet 1930, la malade commence une grossesse parfaitement supportée après trois ans de pneumothorax artificiel ; on continue les insufflations, mais il se forme une symphyse progressive.

La malade accouche le 24 Janvier 1931 à Baudelocque, d'une fille décédée un jour avant la naissance. Hémorragie avant l'accouchement. Accouchement à 3 heures du matin, normal. Anesthésie au chloroforme pour délivrance artificielle.

Légère infection a umoment du retour de couches. Température à 40° pendant 3 ou 4 jours.

La malade se remet rapidement et va parfaitement bien

mais les insufflations sont de plus en plus difficiles et, à partir du mois de Juillet 1931, il est impossible de continuer le pneumothorax.

La malade revient au Dispensaire le 14 Octobre 1931, son pneumothorax est cessé depuis deux mois. Son état général est excellent. L'examen radioscopique montre à droite une bonne transparence du champ pulmonaire ; à gauche, il existe une rétraction costale et une attraction cardio-aortique ; il y a une diminution de transparence légère de tout le champ pulmonaire ; sous la clavicule on trouve quelques petites taches très denses.

Actuellement, le 9 Juillet ; état général excellent. Pas de toux ni d'expectoration, pas de température. La malade travaille.

L'examen radioscopique montre une rétraction costale, une attraction trachéale et médiastinale. Le champ pulmonaire est diminué de transparence dans l'ensemble et il subsiste une petite ligne très dense marquant la scissure.

A droite, image thoracique normale.

OBSERVATION N° 34

COA... Louise, 21 ans.

Tuberculose du poumon droit traitée par pneumothorax efficace. Sept mois après, la malade commence une grossesse et accouche normalement. Mais une bilatéralisation des lésions se produit après l'accouchement et un pneumothorax artificiel gauche est institué. On poursuit parallèlement les insufflations des deux côtés, mais une perforation assez large emporte la malade en peu de temps.

Le début de la maladie semble remonter au mois de Novembre 1926, à cette époque la malade ressent à plusieurs reprises un point de côté droit. Elle tousse et crache depuis le mois de décembre ; elle a eu trois crachats hémoptoïques.

La malade ne présente pas de fièvre. Elle n'a pas maigri.

Dans ses antécédents on ne note qu'une rougeole dans la première enfance. Sa mère est décédée de tuberculose pulmonaire, mais il n'y eut à aucun moment de cohabitation. Par contre son mari est traité par un pneumothorax thérapeutique pour une lésion pulmonaire accompagnée d'expectoration bacillifère. Son enfant est mort en juillet 1926 à l'âge de deux mois de méningite tuberculeuse.

La malade vient au Dispensaire Léon Bourgeois le 15 janvier 1927. L'examen radioscopique montre en avant à droite un hémithorax rétracté, une rétraction trachéale, une plage d'ombre non homogène occupe le $1/3$ supérieur du champ pulmonaire ; dans la partie moyenne on note une diminution de transparence avec taches et marbrures. L'hémi-diaphragme droit est diminué de mobilité.

L'examen stéthacoustique révèle l'existence de râles bulleux dans la fosse sous épineuse et sous la clavicule.

Le champ pulmonaire gauche paraît normal. La malade entre dans le service du Professeur Léon Bernard, Salle Mosny, le 17 janvier 1927. Sa température est normale. Un examen de crachats pratiqué le 19 janvier montre la présence de bacilles de Koch.

Un pneumothorax thérapeutique droit est institué le 4 février 1927.

Rapidement la malade reprend du poids. Le collapsus pulmonaire est très bon, les bacilles disparaissent de l'expectoration à partir du mois d'avril et la malade sort du service le 21 juin 1927.

Les insufflations sont continuées au Dispensaire.

En octobre 1927 la malade commence une grossesse bien supportée jusqu'au huitième mois. A ce moment la malade met au monde une fille pesant 3.140 gr. vaccinée au B.C.G. Placenta 530 gr.

L'enfant est confié au placement familial des Tout petits.

Mais 15 jours après l'accouchement la malade se sent fatiguée et on note l'apparition à gauche d'un triangle d'ombre homogène avec une ligne inférieure nette. Les bacilles réapparaissent dans les crachats. La malade ne présente pas

de fièvre. Elle entre dans la salle Dieulafoy pour un deuxième séjour le 31 août 1928. Le pneumothorax droit est toujours entretenu.

La malade présente un assez bon état général et sort le 1^{er} octobre 1928.

La malade rentre chez elle et vient se faire insuffler régulièrement au Dispensaire. Mais bientôt son état décline à nouveau, elle tousse et crache abondamment et elle vient dans le service le 17 décembre pour un troisième séjour. A ce moment sa température oscille autour de 38°. Son expectoration est bacillifère. Un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 22 décembre 1928. Le collapsus est efficace au début ; on poursuit alternativement les insufflations du pneumothorax bilatéral. Les pressions terminales restent toujours négatives. La température revient à la normale. Tout semble aller bien jusqu'au 8 mars 1929. Le matin une insufflation avait été pratiquée dans la plèvre gauche — 8 — 16 600 — 2 — 6.

Brusquement 12 heures après l'insufflation apparaît un point de côté gauche extrêmement violent, accompagné d'une dyspnée intense et d'une légère cyanose du visage. La température atteint le lendemain matin 39°3 et le soir 41°. Le 9 mars on prend la pression intrapleurale, elle est égale à la pression atmosphérique et on retire 500 cm3 de gaz de la plèvre gauche en laissant une pression de — 4 — 6. Le 10 mars la température reste aux environs de 40°, le 11 mars on retire à nouveau 500 cm3 de gaz de la plèvre ; le 16 mars une nouvelle ponction retire 600 cm3 d'air avec une pression terminale de + 2 — 10.

La température subsiste à grandes oscillations ; un cliché radioscopique montre un très fort déplacement médiastinale vers la droite, quelques fines taches dans le champ pulmonaire droit ; à gauche existe une grande poche gazeuse avec du liquide dans la partie inférieure de l'hémithorax ; une bride élongée persiste au niveau du 1/3 supérieur reliant le moignon accolé au hile de la paroi.

Le 29 mars la pression intra pleurale gauche est de + 6 + 8, on enlève 500 cm3 de gaz et la pression terminale est de — 2 — 8. Le 19 avril une nouvelle ponction retire 225 cm3

de gaz. Le 25 avril la température remonte à 41° en même temps qu'apparaissent des douleurs bilatérales violentes. Le 27 avril une ponction exploratrice ramène du liquide séreux trouble, l'examen bactériologique composé de polynucléaires renfermant de nombreux bacilles de Koch à l'exclusion de tout autre germe.

Un traitement par la crisalbine intrapleurale est commencé le 27 avril ; on injecte 0 gr. 10 de crisalbine. Le 2 mai on retire 400 cm³ de gaz et on injecte 0 gr. 20 de crisalbine ; le 7 mai après avoir enlevé 275 cm³ de gaz on injecte encore 0 gr. 20 de crisalbine dans la plèvre.

La fièvre persiste à grandes oscillations. Une ponction évacuatrice de 1200 cm³ de liquide est pratiquée le 21 mai et à la suite on injecte 20 cm³ d'huile de paraffine goménolée.

Le 31 mai nouvelle ponction de 1300 cm³ et injection de 100 cm³ d'huile de paraffine. L'état de la malade est très mauvais, on pratique encore deux autres ponctions et la malade meurt le 25 juin 1929.

A l'autopsie on trouve à l'ouverture du thorax une grosse quantité de liquide purulent dans la plèvre gauche. Le poumon droit est adhérent dans la plus grande partie de sa périphérie. A la coupe on trouve des traces de la cicatrice lobaire supérieure droite. A gauche, la plèvre est très épaissie, tapissée de fausses membranes ; une grande bride dont le siège correspond à l'image vue sur le cliché, soustend le poumon et on trouve à la base une perforation lisse, circulaire de la taille d'une pièce de 0 fr. 50. Un examen anatomo pathologique du poumon droit montre des lésions de tuberculose exsudative à des stades variables ; il n'y a aucune trace de collapsus ; les alvéoles sont remplies d'un exsudat constitué par des cellules desquamées et par de la fibrine ; il existe des zones de caséification étendues avec formation de cavernes. Par places, mais en de rares endroits seulement l'exsudat subit une organisation conjonctive.

A gauche le fragment présente à considérer les zones suivantes :

1° tissu pulmonaire sous-pleural : collapsus avec épaiss-

sissement des parois alvéolaires. Essaimage de nodules tuberculeux. Quelques foyers de broucho-pneumonie caséeuse.

2° la couche sous endothéliale est épaissie et scléreuse.

3° l'exsudat pleurétique, dans la profondeur, celui-ci est organisé et se présente sous forme d'une couche épaisse de tissu scléreux en surface on voit des nappes caséeuses et des nappes d'infiltrations constituées essentiellement par des polynucléaires. En somme : pleurésie tuberculeuse caséeuse en voie d'organisation avec infection secondaire par des microbes pyogènes,

OBSERVATION N° 35

LE QU... Suzanne, 22 ans.

Tuberculose ulcéro-caséeuse du poumon gauche révélée après un accouchement et traitée par un pneumothorax artificiel efficace. Un an après l'institution du traitement, la malade commence une grossesse amenant une bilatéralisation grave des lésions. L'accouchement est normal, mais la malade meurt 9 jours après, au milieu d'une hémoptysie.

Le début de la maladie semble remonter au mois de juillet 1926 au cours du 8^e mois d'une troisième grossesse. La malade se sent très fatiguée, maigrit, tousse un peu sans expectorer. Elle présente une anorexie presque absolue mais n'a aucune élévation de température.

L'accouchement normal a lieu en Août 1926. Les suites de couches donnent lieu à une infection puerpérale qui traitée par la vaccinothérapie évolue en un mois vers la guérison. Mais cette infection a fatigué beaucoup la malade ; cependant elle reprend des forces et allaite sa petite fille pendant trois mois. Elle se croyait guérie, quand brusquement, sans prodromes, semble-t-il est survenue une hémoptysie peu abondante (quelques crachats sanglants). Elle consulte un médecin en ville qui l'a autorisée à allaiter, à condition de faire

examiner ses crachats ; mais comme elle ne crachait que difficilement, elle néglige cette précaution ; trois mois se passent encore avant qu'elle retourne consulter. Mais, pendant cet intervalle, la santé de la malade s'est sensiblement altérée ; elle se sent de plus en plus fatiguée, ne mange que très peu et vomit presque tout ce qu'elle absorbe.

An mois de janvier 1927 son enfant ayant présenté un accès fébrile avec rhinorrhée intense, elle est allée consulter à l'Hopital Hérold où l'on aurait constaté une lésion pulmonaire chez l'enfant. L'état général de la mère décline de plus en plus, elle tousse et crache abondamment à partir du mois de janvier, elle vient au Dispensaire Léon Bourgeois le 25 février 1922 où l'on trouve à gauche une ligne d'ombre à contour flou d'aspect triangulaire à base pariétale et à sommet hilair ; l'examen stéthacoustique révèle la présence de râles fins humides dans la fosse sous épineuse gauche et dans l'aisselle. Le poumon droit paraît normal.

Le conseil lui est donné d'entrer d'urgence dans le Service du Professeur Léon Bernard ; elle refuse, mais une seconde hémoptysie survenant 8 jours après, elle consent à se faire hospitaliser.

Le passé pathologique de la malade est assez chargé. A l'âge de 16 ans elle a été atteinte de fièvre typhoïde. Depuis sa première enfance elle présente un écoulement des deux oreilles qui a occasionné à la suite de sa fièvre typhoïde un phlegmon sous maxillaire. Elle a eu une première gestation en 1924 bien supportée terminée par un avortement au deuxième mois. Enfin une grossesse en 1925. L'enfant âgé de 19 mois est bien portant.

La malade entre donc le 5 mars Salle Mosny. Les cinq premiers jours la malade a présenté des hémoptysies petites, mais répétées. Sa température reste aux environs de 38°, elle tousse et crache et son expectoration contient des bacilles de Koch. Un examen radioscopique à son entrée dans le service montre un champ pulmonaire droit normal. Le cœur et l'aorte sont légèrement rétractés vers la gauche. Le sinus costo diaphragmatique gauche est aigu, clair, mobile. Le champ pulmonaire gauche est assombri dans toute son étendue par des tâches et des marbrures. A la partie moyenne du champ

pulmonaire, contre la paroi costale on distingue une masse de teinte foncée dont le centre paraît légèrement plus clair.

Un pneumothorax thérapeutique est institué.

La température revient lentement à la normale et à partir du mois de juin les bacilles disparaissent dans l'expectoration.

La malade quitte le service le 19 juin et vient ensuite se faire insuffer au Dispensaire. A partir du mois d'août 1927 du liquide apparaît et occupe le $\frac{1}{4}$ inférieur environ de l'hémithorax. Le collapsus pulmonaire est bon.

En mars 1928, la malade commence une troisième grossesse qui la fatigue beaucoup, elle maigrit. Au début de sa gestation on note une tache d'ombre sous la clavicule droite ; en juin 1928 la malade est très fatiguée, elle présente à nouveau une anorexie presque complète et elle entre dans le service le 19 juin. Le lendemain un examen radioscopique montre un hydropneumothorax gauche, une forte rétraction du cœur à gauche ; la quantité de liquide est faible, le niveau supérieur est situé 2 cm au-dessus du centre phrénique. A droite, existe un empâtement hilaire formant une bande entre l'aisselle et le pédicule pulmonaire, il y a une petite spéléonque dans cet empâtement. Trois examens successifs de crachats ne permettent pas de déceler les bacilles, on n'institue pas de pneumothorax artificiel droit et la malade sort le 8 Juillet. Elle revient encore au Dispensaire jusqu'au 25 Juillet et on peut mettre de très petites quantités d'air dans la plèvre gauche, puis la malade ne répond plus aux convocations du Dispensaire.

Trois semaines avant l'accouchement sa température s'élève à 38° 5 chaque jour et elle maigrit beaucoup. De plus une entérite rebelle s'installe 15 jours avant ce moment. La malade accouche chez elle spontanément le 17 novembre 1928 d'un fille pesant 2.150 gr. vaccinée au B.C.G. La malade est transportée à la clinique Baudelocque et la délivrance s'y effectue normalement : placenta 430 gr.

L'enfant est élevé par sa grand'mère.

Mais pendant les suites de couches, la température de la mère s'élève à 40 et 41° et la malade meurt à Baudelocque le 26 novembre 1928 au milieu d'une hémoptysie.

OBSERVATION N° 36

BERT... Madeleine, 18 ans.

Tuberculose unilatérale droite traitée par un pneumothorax artificiel. Cinq mois après, la malade commence une grossesse. Mais un épanchement se forme et un oléothorax anti-symphysaire est institué au 7^e mois de la gestation. Accouchement et suites de couches normaux. Trois ans après, excellent état général.

La malade opticienne fut prise au mois de Janvier 1926 d'un mal de gorge et de douleurs violentes dans l'épaule droite ; puis brusquement en une nuit apparurent sur chaque jambe 5 à 6 plaques ecchymotiques occupant le 1/3 inférieur. Ces éléments de la dimension d'une noisette étaient indurés et douloureux. La malade consulte au Dispensaire du VI^e arrondissement qui l'envoie au Dispensaire Léon Bourgeois où elle vient le 25 janvier 1926. A ce moment les éléments sur les jambes qui semblent être de l'érythème noueux sont en voie de résorption.

A cette date, au point de vue pulmonaire, la malade ne tousse pas et ne crache pas. A l'examen radioscopique on constate une bonne transparence générale des deux champs pulmonaires. Toutefois dans la partie supérieure du hile droit existe une diminution de transparence pas tout à fait homogène de forme lancéolée à limites floues, se dirigeant en haut vers la partie interne de la clavicule. Cette image est confirmée par la radiographie.

L'examen stéthacoustique est normal.

La malade se repose chez elle à la suite de cet examen, puis reprend son travail quelques mois plus tard. Elle revient le 1^{er} septembre 1927 au Dispensaire Léon Bourgeois enceinte de 5 mois, elle est un peu fatiguée, mais n'a pas maigri ; l'examen radioscopique donne la même image qu'en janvier 1926. La malade passe les mois de novembre et Dé-

cembre 1927 au préventorium du Glandier (Corrèze) où elle grossit beaucoup. Elle rentre à Paris pour accoucher au mois de janvier 1928. L'accouchement est normal ainsi que les suites de couches. Mais au mois de mai 1928, mois après l'accouchement, la malade se sent très fatiguée et commence à tousser et à cracher ; elle doit cesser son travail et fait à ce moment une hémoptysie de quelques crachats sanglants. Puis elle maigrit de plus en plus et vient le 23 août au dispensaire : l'examen stéthacoustique révèle la présence sous la clavicule droite d'une respiration soufflante avec quelques sibilances. L'examen radioscopique montre une forte diminution de transparence de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit constitué par des taches et marbrures avec existence d'une image lacunaire accolée au sternum. L'image thoracique gauche paraît normale.

A la suite de cet examen la malade entre salle Mosny dans le Service du Professeur Léon Bernard, sa température monte jusqu'à 39°. L'expectoration contient des bacilles de Koch.

Rapidement la température revient à la normale et un pneumothorax artificiel droit est créé le 8 septembre 1928.

Rapidement la malade grossit et se sent mieux. Le colapsus pulmonaire est très bon et la malade quitte le service le 13 octobre.

On continue au Dispensaire les insufflations.

Un épanchement accompagné d'une légère élévation de la température apparaît en Décembre 1928 après trois mois de pneumothorax artificiel.

Les insufflations deviennent difficiles ; le 4 mars 1929 le liquide occupe toute la hauteur de l'hémithorax et une ponction de 220 cm³ est pratiquée, remplacée par 200 cm³ de gaz ; pression terminale + 2 + 4, le 14 avril on retire 100 cm³ de liquide. Le 24 avril le liquide occupe la moitié inférieure de l'hémithorax.

L'expectoration ne contient plus de bacilles à partir du début de la poussée liquidienne. La toux et l'expectoration diminuent progressivement jusqu'à cesser complètement et la malade supporte très bien une grossesse commencée en février 1929.

On continue toujours à ponctionner le liquide qui se re-

forme rapidement et à partir du 29 juillet 1929 après une ponction de 650 cm³ de liquide on insuffle 350 cm³ de gaz et on injecte 20 cm³ d'huile de paraffine goménolée.

La malade est à ce moment au septième mois d'une deuxième grossesse bien supportée. L'accouchement a lieu à la clinique Baudelocque le 2 septembre 1929, parfaitement normal. L'enfant est bien constitué, il est vacciné au B.C.G. mais il meurt à l'âge de 16 jours de cause inconnue. Après l'accouchement, la malade se repose chez elle et on continue à entretenir la compression par oléothorax, ainsi le 25 novembre 1929 injection de 90 cm³ d'huile d'olive goménolée à 3 %. Le 13 janvier 1930 40 cm³ d'huile d'olive goménolée. Le 27 janvier 1930 20 cm³ d'huile d'olive goménolée.

Enfin à partir du 3 mars on ponctionne l'huile goménolée contenue dans la plèvre et le pneumothorax peut être repris.

Le 15 décembre 1930 le pneumothorax artificiel droit avec très bon collapsus sauf du lobe supérieur qui ne paraît pas collabé. Légère rétraction costale supérieure. 3 travers de doigt de liquide à 2 étages.

Le pneumothorax est toujours continué au Dispensaire ; la malade ne tousse pas, ne crache pas et au mois de mai 1932 elle est en parfait état général.

OBSERVATION N° 37

LAV... Yvonne, 25 ans.

Tuberculose du poumon droit traitée par un pneumothorax artificiel efficace, mais une symphyse empêche la continuation du traitement au bout de 14 mois.

Un an après se déclare une tuberculose du poumon gauche traitée aussi par un pneumothorax artificiel. Une grossesse est parfaitement supportée, ainsi que l'accouchement, au bout de 3 ans de traitement.

Six mois après, la mère et l'enfant sont en excellente santé.

La malade qui dit avoir toussé tous les hivers depuis l'âge de 10 ans, se sent très fatiguée à partir du mois de janvier 1925 ; à ce moment elle commence à expectorer, elle est asthénique et maigrit considérablement.

Dans ses antécédents on retrouve la variole à l'âge de 5 ans, à la suite de laquelle est apparue une surdité presque totale ; elle eut le croup à l'âge de 6 ans.

Elle a en 1925, 4 enfants vivants et bien portants.

Elle vient le 22 octobre 1925 consulter au Dispensaire Léon Bourgeois, l'examen radioscopique montre à droite une rétraction thoracique marquée, une attraction du cœur. Il existe en outre des taches et marbrures occupant le $1/3$ supérieur du champ pulmonaire avec présence d'une spéléonque sous la clavicule.

L'examen stéthacoustique montre la présence de râles bulleux fins sous la clavicule droite. Le champ pulmonaire gauche paraît indemne. La malade entre dans le service du Professeur Léon Bernard le jour même. Sa température oscille entre 37° et 38° . L'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch. Un pneumothorax thérapeutique droit est institué, le 16 novembre 1925. Le collapsus pulmonaire est rapidement bon. La malade part à Brévannes au mois de mars 1926, où son état s'améliore ; le pneumothorax y est entretenu dans d'excellentes conditions. Toutefois, au mois d'octobre 1926, il persiste encore des bacilles dans l'expectoration. Le 28 octobre 1926, la malade est vue au dispensaire, il s'est formé une symphyse précoce et progressive du poumon droit, la chambre aérienne du pneumothorax est très petite. Le champ pulmonaire présente dans son $1/3$ supérieur une grosse tache sombre, mais sans géode visible.

A gauche l'image est toujours sensiblement normale. Mais peu à peu les insufflations deviennent très difficiles et on est obligé de les cesser définitivement à partir du mois de janvier 1927.

La malade qui se croyait guérie, revient le 9 octobre 1927, son pneumothorax est cessé depuis un an, mais depuis

quelques mois elle se plaint de tousser et de cracher beaucoup ; sa température atteint 38° le soir, elle est à nouveau très fatiguée ; elle a maigrit de 5 kgs depuis le mois d'août. Un examen de l'expectoration est négatif à cette date. L'examen sthétacoustique ne met en évidence qu'une respiration un peu diminuée des deux côtés ; il existe toujours à droite une diminution de transparence non homogène entre le hile et la clavicule où l'on note des taches, dont quelques unes très denses. Le champ pulmonaire gauche est toujours normal.

La malade se repose chez elle.

Le 9 janvier 1928, l'aspect du poumon droit n'a pas varié, on note seulement à gauche un fin réseau de marbrures entre le hile et la clavicule ; le reste du champ est normal. Mais au mois de juillet 1928 une bilatéralisation s'est produite ; un examen radioscopique montre à gauche sous la clavicule, une tache dense de la dimension d'une pièce de 2 frs, avec au centre une plage claire reliée au hile par des marbrures.

La malade entre dans le service le 31 juillet 1928, son expectoration contient à nouveau des bacilles de Koch et un pneumothorax gauche est institué le 14 août 1928 ; elle quitte le service le 31 août. Rapidement le collapsus pulmonaire est bon et l'état général de la malade s'améliore rapidement ; à partir du mois d'octobre 1930, la malade ne tousse plus. L'année 1930 se passe sans incident ; au mois d'avril 1931, la malade commence une cinquième grossesse bien supportée après deux ans et 8 mois de traitement par le pneumothorax artificiel gauche. La gestation est tout à fait normale et la malade accouche le 16 janvier 1932 à Baudelocque d'une fille pesant 3 kgs 400, vaccinée au B.C.G. (Mère refuse le placement du bébé).

Le pneumothorax est toujours insufflé au mois de mai 1932 et la malade et son enfant vont parfaitement bien.

OBSERVATION N° 38

MOR... Jeanne, 28 ans.

Tuberculose du poumon gauche révélée brutalement à la suite d'un accouchement et traitée par un pneumothorax artificiel efficace. La collapsothérapie permet à la malade de mener à bien une grossesse 2 ans après le début du traitement. Accouchement normal. Suites de couches subfébriles. Trois mois après l'accouchement, l'état pulmonaire et général de la malade est satisfaisant.

La malade qui avait présenté trois grossesses normales suivies d'accouchement normaux en 1924, 1925 et 1927 se sentit un peu fatiguée au cours d'une quatrième grossesse en fin 1929. Jamais pendant cette gestation la malade n'a toussé ni craché. Elle accouche normalement le 18 mars 1930 chez elle et le surlendemain de l'accouchement la malade fut prise d'un point de côté extrêmement violent à gauche. Elle se remet assez rapidement et allaite son enfant mais peu à peu, elle sent ses forces diminuer et elle tousse un peu le matin. Au mois de mai elle consulte un médecin en ville qui fait cesser l'allaitement et envoie la malade au Dispensaire Léon Bourgeois où elle vient le 26 juin 1930. L'examen radioscopique montre une lobite supérieure gauche avec limite inférieure scissurale nette ; une spélonque est visible derrière la clavicule. Le reste du champ pulmonaire renferme quelques petites taches d'ombre peu denses. La radiographie confirme cette image. Un examen de crachats montre la présence de bacilles de Koch. Le hile droit est arborescent. Le champ pulmonaire droit est très clair. La malade entre le 22 juillet dans le service du Professeur Léon Bernard. Sa température oscille entre 37° et 38°4. Un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 29 juillet 1930 ; l'état général de la malade s'améliore rapidement et elle quitte le service le 21 août 1930, les insufflations sont continuées au Dispensaire.

L'expectoration reste positive jusqu'au mois de février 1931. Le collapsus pulmonaire est très bon, mais il existe une bride de la partie moyenne du poumon.

Au mois de septembre 1931, la malade commence une cinquième grossesse bien supportée après 14 mois de traitement.

La malade accouche le 19 juin normalement à la clinique Baudelocque d'un garçon pesant 3 kg 970, vacciné au B.C.G. Délivrance naturelle : placenta 620 gr. L'enfant est confié au Placement familial des Tout Petits. Suites de couches sub-fébriles. La malade fait 37°6 pendant quelques jours. Puis tout rentre dans l'ordre.

3 mois après son état général est satisfaisant.

OBSERVATION N° 39

Mme GRAS... Pia, 25 ans.

Tuberculose du poumon droit traitée par un pneumothorax artificiel. Quatre ans après, la malade mène à bien une grossesse. Mais un léger développement symétrique apparaît peu de temps après l'accouchement. Deux ans après, son état général se maintient assez bon.

Au mois de mars 1925, la malade se sentit très fatiguée et elle présenta au mois d'avril une hémoptysie assez abondante accompagnée d'une poussée thermique. A la suite de cette hémoptysie la malade tousse et crache ; un pneumothorax thérapeutique fut institué à Turin à cette époque pour une lésion tuberculeuse unilatérale droite. En février 1926, un examen radioscopique montre un collapsus complet du poumon droit. Le traitement fut poursuivi à Nice jusqu'au 4 octobre 1928 sans incident.

Puis la malade vient à Paris et se fait traiter au Dispensaire Léon Bourgeois à partir du 31 octobre 1928.

Son pneumothorax est insufflé toutes les trois semaines,

le 21 novembre 1928 on note dans la région avoisinant le hile gauche une tache peu dense d'aspect circulaire, mais la malade va très bien.

En Février 1929, la malade commence une grossesse bien supportée, ses insufflations sont toujours continuées. Le 8 Octobre 1929, elle entre dans le Service du Professeur Léon Bernard, elle se sent un peu fatiguée. Sa température est normale, mais son expectoration contient des bacilles de Koch. La grossesse s'achève sans incident et la malade quitte le service le 5 Novembre pour aller accoucher à Baudelocque. L'accouchement normal a lieu le lendemain et donne le jour à une fille pesant 2.730 gr., vaccinée au B.C.G., placenta 470 gr. Les suites de couches sont normales, sauf une élévation de la température à 38°5 le 7^e jour, sans lendemain.

L'enfant est confié au Placement Familial des Tout Petits.

A sa sortie de Baudelocque, la malade revient dans le service le 28 Novembre, elle est complètement apyrétique et on continue le pneumothorax.

Le 4 Décembre 1929, un examen radioscopique montre une distension de l'hémithorax droit. Il existe une trace infime de liquide dans le sinus costo-diaphragmatique droit ; le décollement du lobe supérieur et du lobe moyen est complet. Belle expansion respiratoire du lobe inférieur. Le cœur est dévié à gauche. Il y a un fort balancement respiratoire du médiastin. Dans le 1/3 supérieur du champ pulmonaire gauche existent quelques taches nuageuses visibles après la toux.

Mais la malade reste toujours bacillifère.

Elle quitte le service le 30 Mai 1930 et rentre chez elle. Puis elle part à Nice ; au mois de mai 1932 elle envoie de ses nouvelles ; son pneumothorax est toujours entretenu et son état général se maintient assez bon.

OBSERVATION N° 40

(publiée dans la Thèse du Docteur G.-N. Péraire, 1931)

Mme MART... Marguerite, 24 ans.

Tuberculose ulcéro-caséeuse gauche à évolution

rapide, soignée par un pneumothorax artificiel. Au bout d'un an de traitement, la malade, grâce à la collapsothérapie, supporte parfaitement bien une première grossesse. L'accouchement n'a aucune action défavorable. L'état général de la malade demeure très satisfaisant. Six mois après, alors que son pneumothorax est régulièrement poursuivi, la malade commence une seconde gestation qu'elle mène également à bien. Actuellement, plus de six mois après le second accouchement, la malade qui continue à se faire insuffler régulièrement est en fort bon état général.

La malade a commencé à tousser et à cracher au début de l'année 1927, elle présente en outre depuis cette époque d'abondantes sueurs nocturnes, elle continua cependant à travailler. Vers la fin de l'année, cependant, s'apercevant qu'elle maigrissait de plus en plus, et se sentant excessivement fatiguée, elle vient consulter à l'Hôpital Laënnec où elle est admise le 20 Octobre 1927.

A ce moment, l'examen montre des signes très nets de condensation au niveau du poumon gauche, de nombreux râles sont d'ailleurs perçus à cet endroit. La radiologie confirme la présence d'une tuberculose ulcéro-caséuse en pleine évolution (avec tendance à l'excavation). En outre, l'expectoration renferme de nombreux bacilles de Koch.

Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax artificiel gauche qui est commencé le 12 Novembre 1927. Dès le début, on obtient un bon décollement, les insufflations sont poursuivies régulièrement, d'abord deux fois par semaine, ainsi :

14 Décembre :	— 18	450	— 6
20 Décembre :	— 20	450	— 6

Dès les premiers jours de Janvier 1928, les insufflations sont poursuivies tous les 8 jours, le pneumothorax se montre très nettement efficace, la toux et l'expectoration s'atténuent très sensiblement ; l'état pulmonaire de la malade est

très satisfaisant. Elle engraisse régulièrement et son état général est parfait.

Pendant toute l'année 1928, les insufflations sont régulièrement poursuivies, elles sont d'environ 450 à 500 cm³ à chaque fois, ainsi, le 7 mars 1928 :

— 1 450 — 8

Depuis le début de l'année 1928, l'expectoration n'est plus bacillifère, il n'y a pas de réaction liquidienne, l'état de la malade est toujours excellent.

En Octobre, la malade qui a présenté ses dernières règles le 22 Août 1928, est au début d'une grossesse qui est parfaitement bien supportée ; les insufflations sont poursuivies régulièrement tous les 8 jours, puis tous les 10 jours, elles sont d'environ 350 à 400 cm³. Il semble qu'il existe vers le mois de Décembre une légère diminution de transparence dans la région sous-claviculaire droite, mais cet aspect qui avait paru suspect ne se précise pas par la suite.

D'autre part, le collapsus est toujours excellent et le traitement est régulièrement poursuivi, ainsi :

27 Février 1929 :	— 8	400	— 6
17 Avril 1929 :	— 16	400	— 4
24 Avril 1929 :	— 16	400	— 6

Le 1^{er} Mai, la malade est presque à terme, on insuffle encore 400 cm³, puis on dirige la malade sur la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire). Elle y accouche spontanément le 6 Mai 1929 d'une fille vivante pesant 3 kilos 810. Cette fille est vaccinée au B.C.G., séparée de sa mère et élevée chez la grand'mère près de Limoges, mais elle meurt à l'âge de 1 mois de diphtérie.

Une demi-heure après l'accouchement, délivrance naturelle et complète. Il n'y a pas de température dans les suites de couches. Une réinsufflation de 300 cm³ a lieu à la Maternité le 8 Mai, deux jours après l'accouchement.

Le 22 Mai, nouvelle insufflation — 8 300 — 4.

A sa sortie de la Maternité, la malade revient se faire insuffler régulièrement au Dispensaire Léon Bourgeois (Hôpital Laënnec) tous les 15 jours, ainsi :

Le 10 Juillet :	— 14	350	— 4
Le 16 Octobre :	— 20	450	— 6
Le 11 Décembre :	— 18	400	— 4

Vers la fin de Décembre, la malade commence une seconde grossesse qui est parfaitement bien supportée.

En Janvier 1930, comme on note une petite adhérence au sommet, on reprend les insufflations tous les 8 jours, ainsi :

19 Février :	— 22	400	— 4
20 Mars :	— 20	400	— 4

La malade est au sixième mois de sa grossesse qui est toujours fort bien supportée, le collapsus continue à être parfait. Vers cette époque, les insufflations sont poursuivies tous les 15 jours. On commence à diminuer les quantités d'air insufflé, ainsi :

30 Juillet 1930 :	— 24	225	— 6
21 Août 1930 :	— 16	325	— 8

Le 10 Septembre, la malade étant près du terme, on pratique une dernière insufflation : — 14 300 — 8, puis la malade est dirigé esur Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), elle entre dans la salle de travail le 19 septembre 1930 (O.I.G.A.) et accouche spontanément le 20 Septembre à 2 heures 30 du matin d'une fille vivante pesant 2 kilos 620. Délivrance naturelle et complète à 2 h. 40, poids 490 gr.

La mère n'étant pas contagieuse, l'enfant n'est pas séparé ; il est toutefois vacciné au B.C.G. et envoyé à la campagne où il meurt un mois plus tard de diarrhée verte. Suites de couches normales, pas de température, la malade est réinsufflée à la maternité le 29 Septembre : — 8 325 — 4.

A sa sortie de Baudelocque, la malade revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois, ainsi :

8 Octobre 1930 :	— 20	350	— 6
------------------	------	-----	-----

Les insufflations sont ensuite poursuivies régulièrement tous les 15 jours, elles sont d'environ 350 cm³ à chaque fois, ainsi :

Le 3 Décembre 1930 :	— 14	350	— 4
Le 31 Décembre 1930 :	— 14	350	— 2
Le 28 Janvier 1931 :	— 12	350	— 4

En fin Mars 1931, plus de six mois après le second accouchement, la malade poursuit son traitement dans les meilleures conditions. Elle travaille régulièrement.

OBSERVATION N° 41

(publiée dans la Thèse du Docteur G.-N. Péraire, 1931)

Mme PA... Marthe, 26 ans.

Tuberculose ulcéro-caséreuse évolutive à marche rapide avec spéléonque juxta-hilaire gauche, soignée par un pneumothorax artificiel depuis trois ans. Au bout de treize mois de traitement, la malade, très nettement améliorée, supporte parfaitement bien une grossesse. Grâce à la collapsothérapie, l'accouchement n'a aucune action défavorable. Actuellement, un an après l'accouchement, la malade se trouve en parfait état général.

La malade dit avoir perdu un frère et une sœur d'affection pulmonaire. Mariée à 20 ans, elle a mené à terme deux grossesses. Son premier enfant est mort de méningite à 1 an, le second est mort d'une rougeole compliquée à 11 mois.

Lors d'un voyage à Lyon en Juin 1927, la malade fait brusquement une hémoptysie, mais à ce moment l'examen médical révèle seulement l'existence d'une simple bronchite avec emphysème. Rentrée chez elle à Saint Germain, la malade continue à tousser et à cracher de plus en plus. En Octobre 1927, elle fait une seconde hémoptysie assez abondante, son expectoration examinée au Dispensaire de Saint-Germain est reconnue bacillifère, la malade toutefois ne présente ni température vespérale, ni amaigrissement, ni fatigue générale marquée. L'examen révèle cependant une inspiration

rude à gauche et la présence d'assez nombreux ronchus qu'accompagnent quelques râles bulleux ; la radiologie montre, d'autre part, une diminution de transparence non homogène de la moitié supérieure du poumon gauche. On note à droite entre le hile et le diaphragme un développement marqué des arborisations vasculaires.

En fin Novembre, la radiologie, montre la présence, à gauche, d'un réseau alvéolaire à fines mailles, semé de petites taches sur la moitié supérieure. A droite, les riches arborisations vasculaires sont toujours visibles, et il existe en outre de ce côté sous la clavicule une trainée d'aspect calcifié. L'expectoration est d'ailleurs toujours bacillifère.

La malade, qui s'occupe de son intérieur, refuse d'aller faire une cure sanatoriale.

En fin Mars, la radiographie du poumon gauche montre une concentration des lésions autour du hile avec présence d'une petite excavation juxta-hilaire apparue donc depuis peu. L'aspect du poumon droit ne s'est pas modifié.

En raison du processus destructif à évolution rapide au niveau du poumon gauche et des très nombreux bacilles qui persistent dans l'expectoration, la malade est envoyée au Dispensaire Léon Bourgeois, pour lui instituer un pneumothorax. Les examens radioscopiques pratiqués à Laënnec, confirment l'atteinte marquée du champ pulmonaire gauche : nombreuses marbrures dans la presque totalité du champ pulmonaire, présence dans la région juxta hilaire d'un foyer d'ombres centré par une image claire d'aspect très nettement spéléonquaire ; on voit toujours à droite le développement exagéré de l'arborisation hilaire précédemment noté ; le Docteur Poix pose formellement l'indication d'un pneumothorax artificiel gauche.

Sur la demande expresse de la malade, il consent à l'institution d'un traitement ambulatoire, ainsi : première insufflation, le 12 Avril 1928 : — 12 100 oxyg. air 200 — 6.

La malade repart chez elle à Saint-Germain. Par la suite, on continue les insufflations dans les mêmes conditions, ainsi deuxième insufflation : le 16 Avril 1928 : — 4 400 — 10

Dès ce moment, la radioscopie montre un décollement total, le pneumothorax se révèle parfaitement efficace, il est

poursuivi régulièrement pendant 18 mois sans incident. Dès le second mois, il n'y a plus de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Le 23 Octobre 1929, le collapsus est toujours parfait, il n'y a pas de liquide la malade a augmenté de 6 kilos, est en très bon état général, etse trouve, en ce moment, au cinquième mois d'une grossesse qui est très bien supportée. Ce jour-là insufflation :

— 14 150 — 4

(La compression étant nettement suffisante, on a diminué en effet depuis quelques mois la quantité d'air insufflée à chaque fois).

Les insufflations sont poursuivies tous les 15 jours :

20 Novembre 1929 :	— 16	75	— 6
2 Janvier 1930 :	— 12	125	— 4
15 Janvier 1930 :	— 14	150	— 6

La malade est près du terme de sa grossesse, on insuffle encore, le 2 Février 1930 : — 12 250 — 2.

Elle entre le 10 Février 1930 à la Maternité de l'Hôpital de Saint-Germain et accouche spontanément, sans incident, à 9 h. 30, d'un garçon vivant pesant 3 kilos 100. Délivrance naturelle et complète à 9 h. 45, poids 510 grs.

L'enfant, vacciné au B.C.G., séparé de sa mère les 10 premiers jours, et ensuite élevé par elle et nourri par l'allaitement artificiel.

Suites de couches normales.

Le 19 Février 1930, la malade est réinsufflée à la Maternité : — 8 150 — 4.

La malade vient ensuite se faire insuffler à Laënnec, ainsi : le 12 Mars 1930 : — 12 150 — 6.

Le collapsus est toujours parfait.

La malade ayant présenté une petite réaction fébrile aux alentours du 20 Mars, les insufflations sont poursuivies sans pousser :

26 Mars 1930 :	— 12	100	+ 4
9 Avril 1930 :	— 12	100	+ 6

24 Avril 1930 :	— 14	100	+ 6
7 Mai 1930 :	— 14	100	+ 6

L'état général de la malade est très satisfaisant.

Les insufflations sont poursuivies tous les 15 jours dans les mêmes conditions, ainsi :

2 Juillet 1930 :	— 8	125	+ 12
23 Juillet 1930 :	— 10	150	+ 8

En fin Juillet, le collapsus est toujours parfait. La malade en excellent état va parfaire sa cure au Sanatorium de Bligny, où l'on continue le traitement.

Elle revient au Dispensaire Léon Bourgeois en Janvier 1931, elle a repris son existence habituelle. En Juin 1931, la malade est toujours en parfait état, plus de 15 mois après l'accouchement.

L'enfant est toujours en excellente santé.

OBSERVATION N° 42

(publiée dans la Thèse du Docteur G.-N. Péraire, 1931)

Mme EV... Jeanne, 19 ans.

Tuberculeuse ulcéro-caséeuse unilatérale évolutive avec spéléonque d'assez grande dimension, traitée par un pneumothorax artificiel. La malade supporte très bien une grossesse survenue au cours de traitement. On suspend le traitement quelques semaines avant l'accouchement, la malade est toujours en parfaite santé.

La malade, qui a eu des bronchites à répétition pendant son enfance, fait une grossesse au cours de l'année 1927. Au sixième mois de cette gestation, elle commence à tousser, elle accouche cependant normalement à la Clinique Baudelocque le 11 Juillet 1927 ; un mois après, la toux augmente, l'expectoration apparaît, la malade continue cependant à travailler.

Vers le 15 Août, elle consulte un médecin qui constate une lésion au niveau du poumon droit et l'envoie au Dispensaire Léon Bourgeois. La malade est admise à Laënnec le 22 Août 1927.

A son entrée, l'auscultation révèle la présence d'un foyer de râles humides à la partie moyenne du poumon droit. D'autre part, la respiration est diminuée dans tout le champ pulmonaire droit. La radiologie montre qu'il existe une spéléonque de la dimension d'une pièce de cinq francs au niveau du hile, tout le reste du champ pulmonaire droit étant semé de fines taches surtout développées au niveau de la moitié inférieure. Le poumon gauche paraît normal. Son expectoration est d'ailleurs à ce moment bacillifère.

Malgré la gravité des lésions pulmonaires, l'état général de la malade est encore relativement bon. Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax artificiel droit. La première insufflation a lieu le

8 Septembre 1927	— 18	500	— 8.
La deuxième a lieu le 11 Sept.	— 4	500	— 4.
La troisième a lieu le 15 Sept.	— 10	600	— 4.
La quatrième a lieu le 23 Sept.	— 8	500	— 4.

Dès le début on a obtenu un très bon décollement, l'état de la malade s'améliore considérablement, elle ne tousse plus, ne crache plus ; les insufflations sont poursuivies régulièrement par la suite, elles ont lieu tous les huit jours, puis tous les quinze jours et sont, en moyenne, de 5 à 600 cm³ à chaque fois, ainsi :

Le 19 Octobre : *	— 10	600	— 4
Le 12 Décembre :	— 14	500	— 10

La malade sort de Laënnec le 31 Décembre et revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois.

En Juin 1928, elle commence une nouvelle grossesse qui est fort bien supportée. Les insufflations sont régulièrement poursuivies, ainsi :

Le 5 Septembre :	— 9	300	+ 3
Le 17 Octobre :	— 8	275	+ 1
Le 15 Novembre :	— 8	200	+ 1
Le 15 Décembre :	— 7	125	0

On arrête les insufflations dans le courant du mois de Février 1929. A ce moment, la malade est presque à terme, elle entre à Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire) le 4 Mars 1929, à 21 heures. A 24 h. 45, le 5 Mars, la dilatation est complète et la malade accouche spontanément le 6 Mars 1929 à 1 heure, d'une fille vivante pesant 2 kilos 880. A 1 h. 45, délivrance naturelle et complète, poids 450 gr. Suites de couches normales non fébriles (la température n'a jamais dépassé 37°6). La malade sort en parfait état le 17 Mars 1929 et rentre chez elle avec son enfant qui a été vacciné au B.C.G., mais qu'elle ne nourrit pas. La séparation a été jugée inutile, la malade ne présentant plus de bacilles depuis 15 mois.

Après être revenue au Dispensaire Léon Bourgeois, en Avril 1929, la malade, en excellente santé, part dans sa famille en Auvergne.

Depuis cette époque, elle envoie régulièrement de ses nouvelles : sa santé st toujours très satisfaisante, ainsi que celle de son enfant (dernière lettre, Avril 1931).

OBSERVATION N° 43

(publiée dans la Thèse du Docteur G.-N. Péraire, 1931)

Mme BEURD... Georgette, 21 ans.

Effet favorable de la grossesse chez une tuberculeuse soignée par un pneumothorax. Tuberculose ulcéro-caséreuse à marche évolutive rapide avec spélongue du sommet droit, traitée par un pneumothorax artificiel droit depuis 18 mois. Au bout de 4 mois de traitement, la malade, nettement améliorée, supporte parfaitement une grossesse qui semble aider la collapsothérapie et mène à bien cette gestation. Actuellement, six mois après l'accouchement, la malade se trouve en bon état général. Les insufflations sont poursuivies régulièrement. L'accouchement n'a pas eu d'effet défavorable.

La malade, dont les parents et le frère sont morts de tuberculose pulmonaire, fait, à l'âge de deux ans, une scarlatine, à l'âge de six ans une rougeole compliquée de bronchite et d'angine avec albumine ; à 17 ans (année 1926) nouvelle bronchite traînante suivie d'une congestion pulmonaire de la base droite ; dans les semaines suivantes : toux, amaigrissement avec température à 40°. La malade fait un séjour de six mois en Auvergne, mais à son retour, la radioscopie montre un voile du sommet droit.

En Juillet 1928, à l'âge de 19 ans, après un nouveau séjour de 6 mois à la campagne, la malade se marie.

En Juin 1929, au cours d'une première grossesse, elle entre à la Maternité de Lariboisière où elle fait une fausse-couche de 6 mois (enfant macéré depuis 2 mois).

Depuis le début de cette première gestation, la malade a commencé à maigrir progressivement, à tousser et à présenter des sueurs nocturnes.

En Septembre 1929, apparaît une température vespérale et malade se met à cracher. Fin Septembre, elle vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois. L'examen révèle des signes de condensation pulmonaire aux deux sommets, mais surtout à droite où l'en entend également des râles fins à la base droite. La malade entre le 17 Octobre 1929 à la Salle Mosny à l'Hôpital Laënnec. A ce moment, la malade a maigri de 12 kilos et elle présente un aspect pâle émacié. L'état général paraît profondément atteint, il existe une rétraction costale très nette à droite. L'examen de l'expectoration révèle la présence de nombreux bacilles de Koch. Les examens radioscopiques et radiographiques mettent en évidence, au niveau du poumon droit, une attraction médiastinale sur toute la hauteur du champ pulmonaire, en outre taches et marbrures particulièrement confluentes dans la région hilare et enfin, au sommet, une plage claire suspecte.

A gauche, on se trouve en présence d'une image sensiblement normale. Le 30 Octobre, un nouvel examen met en évidence la présence à droite d'une respiration soufflante, particulièrement au sommet avec de nombreux craquements après la toux, en particulier dans la fosse sus-épineuse, dans tout le reste du champ pulmonaire petits râles bulleux, sur-

tout nombreux après la toux, en avant râles bulleux dans les 3/4 inférieurs du champ pulmonaire, ainsi que dans le creux axillaire ; à gauche l'auscultation ne révèle rien d'anormal.

A cette date, la radiographie met en évidence, au sommet droit, une vaste spélouque dans toute la partie interne du champ pulmonaire, une condensation non homogène plus marquée à la partie moyenne ; enfin, dans la moitié externe quelques tâches, le reste du champ pulmonaire ayant l'aspect de mie de pain caractéristique.

Le poulmon gauche semble normal, à part une très légère ombre au sommet. Devant l'intensité des lésions droites, le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer sans tarder un pneumothorax droit.

Depuis son entrée à la salle Mosny, la malade présente d'ailleurs une température vespérale aux environs de 37°8.

La première insufflation a lieu le 2 Novembre 1929 :

— 3 330 air 175 oxyg. — 2.

La deuxième insufflation a lieu le 9 Novembre 1929 :

— 6 350 air 150 oxyg. — 4.

On poursuit ensuite, d'abord :

Le 13 Novembre : — 6 300 — 2

Le 21 Novembre : — 10 500 — 4

Puis, par la suite, les insufflations son poursuivies régulièrement tous les huit jours. Dès le début, la radioscopie montre qu'on a obtenu un bon décollement, sauf au sommet où l'on voit toujours la spélouque où il subsiste une bride. Une section de bride a été refusée par la malade.

La malade augmente régulièrement de poids, les 2 premiers mois, elle gagne un kilo par mois.

11 Décembre, 1929 : — 12 450 — 10

A cette date, on a toujours un collapsus satisfaisant, sauf toutefois trois adhérences visibles à la partie supérieure ; d'autre part, l'image lacunaire est toujours visible au sommet, à la partie supérieure du moignon pulmonaire.

27 Janvier 1930 : — 20 600 — 8

la malade crache encore un peu.

26 Février 1930 : — 17 550 — 5

on note toujours la présence de bacilles de Koch.

Le pneumothorax est poursuivi régulièrement tous les huit jours.

Dans le courant du mois d'Avril 1930, la malade est au 2^e mois d'une grossesse (dernières règles : 4 Janvier 1930).

Le 2 Avril 1930, insufflation : — 12 500 — 5.

On continue régulièrement chaque semaine les insufflations. Ainsi, 7 mai 1930 : — 12 550 — 3
à cette date, amélioration très notable : la malade a augmenté de 4 kilos en 6 semaines, la toux et l'expectoration ont considérablement diminué. A partir de cette époque, jusqu'au début du mois de Septembre suivant, les examens de laboratoire ne mettront plus en évidence la présence de bacilles de Koch. Depuis le début de sa grossesse, il s'est produit une amélioration très sensible.

5 Juin 1930 : — 12 500 — 6

on voit toujours une image lacunaire dans la région intercléido-hilaire, son diamètre a cependant diminué.

Dans le courant du mois de Juin, la malade part au Sanatorium de Bligny, elle y reste jusqu'en Septembre suivant. Le 11 Septembre, on trouve de nouveau des bacilles de Koch, la malade est admise à Laënnec, elle y restera jusqu'à son accouchement. Les insufflations y sont poursuivies tous les 8 jours.

25 Septembre : — 11 450 — 7

17 Octobre : — 14 450 — 7

La malade est presque à terme, elle est insufflée une dernière fois le 24 Octobre : — 12 400 — 7
et entre à Baudelocque le 29 Octobre à 13 heures ; admise à la salle de travail à 17 heures, elle accouche spontanément le 30 Octobre à 1 heure du matin, d'une fille vivante pesant 3 kilos 410 gr. Délivrance naturelle et complète à 1 h. 30, poids 770 gr. Suites de couches : pas de température, sauf 38° le second jour. L'enfant, vacciné au B.C.G. et séparé de la mère, est actuellement à la campagne et se porte bien.

Les insufflations sont poursuivies :

le 12 Novembre 1930 : — 8 300 — 5

elles ont lieu régulièrement tous les 8 jours :

le 26 Novembre 1930 : — 13 325 — 7

el 10 Décembre 1930 :	— 11	425	— 3
le 24 Décembre 1930 :	— 12	375	— 4
le 11 Janvier 1931 :	— 12	300	— 5

Actuellement, 6 mois après l'accouchement, la malade se trouve en bon état général, elle a repris son travail, les insufflations sont poursuivies régulièrement. L'accouchement n'a pas déterminé de modifications dans l'allure générale de la maladie.

OBSERVATION N° 44

(publiée dans la Thèse du Docteur G.-N. Péraire, 1931)

Mme TAUL... Jeanne, 25 ans.

Tuberculose ulcéro-caséreuse bilatérale à prédominance droite, avec nombreuses spélonques de petites dimensions au sommet droit, à tendance rapidement évolutive. L'institution d'un pneumothorax artificiel qui se révèle immédiatement efficace permet à la malade de supporter une grossesse au bout de dix-huit mois de traitement. Grâce à la collapsothérapie poursuivie régulièrement, l'accouchement n'a aucune action défavorable. Six mois après l'accouchement, le traitement est régulièrement poursuivi. La malade, qui a repris son travail, est en parfait état général.

La malade, mariée à 22 ans, a mené à terme 5 grossesses, la dernière au cours de l'année 1927 (accouchement en Novembre). Depuis le début de cette cinquième gestation, la malade, déjà fatiguée par ces grossesses successives et travaillant dans de mauvaises conditions s'est sentie fatiguée, surmenée en outre dans son ménage, elle maigrit de 8 kgs.

Au début du mois de janvier 1928, alors qu'elle allaitait son 5^e enfant elle se met à tousser et à cracher et présente en même temps une température vespérale aux alentours de

38° ; enfin son amaigrissement s'accroît considérablement (18 kgs en un mois) ? C'est dans ces conditions qu'elle se décide à venir consulter au Dispensaire Léon Bourgeois en juin 1928. A ce moment l'auscultation révèle la présence au sommet droit de nombreux râles gargouillants, s'accompagnant d'une respiration soufflante. Les examens radiologiques mettent d'autre part en évidence la présence à droite d'une plage d'ombre non homogène de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit, avec de multiples images spéléographiques sous la clavicule. Dans la moitié inférieure du champ pulmonaire se trouvent disséminées de nombreuses taches et marbrures ; des marbrures foncées existent à gauche entre le hile et la clavicule. L'expectoration renferme, d'autre part de nombreux bacilles de Koch.

La malade qui accuse de nombreux points de côté à droite et dont l'état général est profondément atteint est hospitalisée à l'Hôpital Laënnec où le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax artificiel droit. La première insufflation a lieu le 21 juillet. Dès les premières séances, le collapsus se révèle immédiatement efficace. Vers le 1^{er} septembre on a obtenu un collapsus complet. Les insufflations sont poursuivies ainsi le 26 septembre

— 16 600 — 8.

A cette date l'examen des crachats est négatif.

Le 23 septembre la malade part faire une cure sanatoriale à la Tuyolle où elle reste un an environ. Les insufflations y sont régulièrement poursuivies, ainsi :

14 novembre 1928 :	— 16	400	— 5
2 janvier 1929 :	— 9	375	— 4
11 février 1929 :	— 12	150	+ 6

A cette époque on note la présence de liquide et on diminue la quantité d'air insufflée ainsi :

10 avril	— 6	60	+ 6
----------	-----	----	-----

on fait une ponction de 400 cm³ on insuffle 200 cm³ et on augmente progressivement les quantités d'air insufflées ainsi :

2 octobre 1929 :	— 6	300	— 6
16 décembre 1929 :	— 18	300	— 4

Pendant tout son séjour au Sanatorium, la malade engraisse progressivement, son état général s'améliore considérablement, elle ne tousse plus, ne présente plus de température, on ne retrouve plus jamais de bacilles de Koch.

D'abord pratiquées tous les huit jours, puis tous les 15 jours, les insufflations à partir du mois de septembre 1929 n'ont plus lieu que toutes les trois semaines.

La malade rentre chez elle à Paris et revient se faire insuffler régulièrement au Dispensaire Léon Bourgeois ainsi :

19 Février 1930 :	— 14	250	— 3
2 Avril 1930 :	— 14	250	+ 16

A ce moment la malade qui avait présenté ses règles pour la dernière fois au début du mois de Février, est au deuxième mois d'une grossesse très bien supportée. Les insufflations sont poursuivies régulièrement, ainsi :

25 Juin :	— 16	225	+ 6
8 Octobre :	— 30	300	— 4

L'état général est toujours parfait, la malade, qui est examinée régulièrement à la Clinique Baudelocque, supporte bien sa grossesse, elle présente toutefois un bassin généralement rétréci.

Le 3 novembre 1930, la malade étant près du terme, dernière insufflation — 20 350 — 2.

La malade est dirigée le jour même sur la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire). Elle entre en travail le 10 novembre à 2 h. 30 et est admise à la salle de travail à 8 h. 30 (O.I.G.A.) à 8 h. 30 dilatation complète et, malgré le bassin rétréci, le dégagement en O.P. s'accomplit normalement. L'accouchement naturel d'une fille vivante pesant 3 kgs 320 a lieu à 9 heures. Délivrance naturelle et complète, poids 780 grs. à 9 h. 30.

L'enfant séparé de la mère et envoyé à la campagne se porte bien actuellement.

Suites de couches à peu près normales, un clocher de température le 5^e jour, puis retour à la normale. La malade a très bien supporté son accouchement.

Après sa sortie de la Maternité, elle revient se faire insuffler régulièrement à Laënnec ainsi :

le 3 Décembre 1930 : — 16 170 + 1

La malade reprend son existence normale et travaille régulièrement.

En Avril 1931, l'état général et pulmonaire de la malade est toujours parfait.

Ce chapitre, qui comporte 40 observations, est certes un des plus instructifs de l'ouvrage.

Nous classerons ces observations en 4 groupes, suivant que le début de la gestation a été plus ou moins éloigné de la création du pneumothorax.

Nous aurons ainsi :

Début de gestation, le pneumothorax étant en cours depuis moins d'un an : 11 cas.

3 décès : Obs. N° 8, N° 34, N° 35.

1 aggravation : Obs. N° 15.

7 cas favorables : Obs. N° 13, N° 20, N° 25, N° 28, N° 36, N° 42, N° 43.

Les décès et l'aggravation sont le fait d'une bilatéralisation apparue, soit pendant la grossesse : Obs. N° 35 ; soit dans les suites de couches : Obs. N° 15 et N° 34 ; soit dix-huit mois après l'accouchement, Obs. N° 8.

Début de gestation alors que le pneumothorax est en cours depuis un temps variant entre un an et 2 ans : 17 cas.

0 décès.

3 aggravations : Obs. N° 7, N° 12, N° 22.

14 cas favorables : Obs. N° 9, N° 10, N° 16, N° 18, N° 21, N° 23, N° 24, N° 26, N° 30, N° 31, N° 38, N° 40, N° 41, N° 44.

La bilatéralisation des lésions pulmonaires est apparue : au début de la grossesse, pour la malade N° 7 ; 4 mois après l'accouchement, pour la malade N° 12 ; et 16 mois après l'accouchement, pour la malade N° 22.

Début de gestation alors que le pneumothorax est commencé depuis un temps variant de deux à trois ans : 7 cas.

0 décès.

1 aggravation : Obs. N° 17.

6 cas favorables : Obs. N° 5, N° 6, N° 11, N° 14, N° 29, N° 37.

La seule aggravation (N° 17) est due à une bilatéralisation apparue dans le mois qui a suivi l'accouchement.

Début de gestation alors que le pneumothorax est entretenu depuis plus de 3 ans : 5 cas.

0 décès.

0 aggravation.

5 cas favorables : Obs. N° 19, N° 27, N° 32, N° 33, N° 39.

Donc, sur l'ensemble de nos 40 malades, nous n'avons observé que 3 décès et 5 bilatéralisations graves.

4 malades (Obs. N° 7, N° 11, N° 25, N° 28) n'ont pas mené leur gestation jusqu'à terme. Pour les trois dernières d'entre elles, la fausse couche n'a amené aucune suite pulmonaire fâcheuse.

Par contre, 5 malades ont présenté, pendant le cours de leur pneumothorax, plusieurs accouchements ou avortements.

Ainsi, la malade N° 21 a présenté un avortement ; 4 mois après, elle commence une deuxième gestation et accouche normalement ; son pneumo-

thorax est encore entretenu pendant huit mois, puis cessé pour symphyse. Deux ans et demi après la cessation du traitement, la malade supporte une troisième grossesse et accouche normalement.

Les malades dont les observations portent les N^{os} 13, 20, 26, 40, ont présenté 2 grossesses pendant la durée du pneumothorax. Ces grossesses répétées n'ont été suivies d'aucune suite pulmonaire fâcheuse; le bon état pulmonaire se maintient plus de 6 mois après le deuxième accouchement dans les Obs. N^o 20 et N^o 40 ; 1 an après (N^o 26), et 3 ans après (N^o 13).

Sur l'ensemble de nos 40 malades, 2 ont été traitées par un oléothorax : Obs. N^o 24 (oléothorax de compression institué dès le début du traitement par pneumothorax, gestation et accouchement normaux après 2 ans de traitement ; 3 ans après l'accouchement, excellent état général).

Obs. N^o 36 (oléothorax anti-symphysaire institué au 7^e mois de la grossesse ; 3 ans après l'accouchement, la malade présente un très bon état général).

CHAPITRE IV

3° GROUPE. — Tuberculose survenant au cours d'une grossesse et soignée par un Pneumothorax artificiel

OBSERVATION N° 45

ROU... Madeleine, 19 ans.

Tuberculose du poumon droit révélée au troisième mois d'une gestation et traitée par pneumothorax. Accouchement prématuré à 7 mois^e suivi d'une bilatéralisation grave qui emporte la malade.

La malade chez qui on ne révèle aucun antécédent de maladie pulmonaire en général, commence une grossesse au mois de Mars 1931. Cette grossesse est parfaitement supportée pendant 2 mois $1/2$, mais au mois de Mai 1931 la malade maigrit, se sent fatiguée en même temps qu'apparaissent de la toux et une expectoration.

Elle vient alors consulter le 25 juin au Dispensaire Léon Bourgeois où le Docteur Triboulet trouve une diminution de transparence non homogène du $1/3$ supérieur du champ pulmonaire droit.

Cet aspect est confirmé par une radiographie qui montre en outre une spéléomorphie sous la clavicule.

Il n'existe pas d'anomalie de la transparence du champ pulmonaire gauche.

Un examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch. L'examen stéthacoustique révèle une respiration diminuée au sommet du poumon droit avec présence de râles bulleux fins apparaissant en bouffées après la toux.

La malade entre le 20 juillet 1931 dans le Service du Professeur Léon Bernard. Un pneumothorax thérapeutique droit est institué le 25 juillet. A partir du 5 août la malade est insufflée régulièrement au Dispensaire tous les 8 jours.

Mais l'état général de la malade ne s'améliore pas. Elle fait chez elle un accouchement prématuré à 7 mois et met au monde une fille vivante pesant 2 kgs vaccinée au B.C.G. Puis entre à Lariboisière. (Service Gandi) le 9 décembre 1931. Les insufflations sont continuées.

Une première radioscopie le 21 Décembre 1931 montre une bilatéralisation avec aspect en mie de pain du 1/3 supérieur du poumon gauche. A gauche large adhérence de toute la partie supérieure et persistance de deux vastes spélonques dans le moignon.

Peu à peu la température s'élève, devient hectique à partir de février 1932.

Une deuxième radiographie le 16 Mars 1932 montre une large extension de la bilatéralisation à gauche. A droite, même aspect.

La malade quitte le service le 22 Mars et meurt chez elle peu après.

OBSERVATION N° 46

RAL... Georgette, 26 ans.

Tuberculose discrète du poumon gauche révélée au sixième mois d'une troisième gestation et soignée uniquement par le repos. Puis, au septième mois d'une quatrième grossesse, apparition de bacilles de Koch dans l'expectoration et création d'un pneumothorax artificiel. Accouchement et suites de couches normaux. Six mois après, excellent état général.

A la suite d'une grossesse terminée par un accouchement

normal en janvier 1929, la malade allaite son enfant et se sent très fatiguée. L'enfant ayant atteint l'âge de six mois et les règles n'étant pas reparues, la malade note des mouvements fœtaux coïncidant avec un développement abdominal notable. Elle est donc enceinte de 4 mois $1/2$ environ vers le mois d'août 1929. Sa fatigue augmente progressivement, la malade maigrit ; à partir du mois de janvier 1930, elle commence à tousser et à expectorer, elle ressent des douleurs thoraciques surtout à droite, elle est essouffée au moindre effort. Elle va consulter au mois de Janvier 1931 au Dispensaire Léon Bourgeois.

Dans les antécédents de la malade on relève une rougeole à l'âge de 16 ans. A 18 ans elle eut une pleurésie du côté droit non ponctionnée.

Elle a eu un enfant décédé à l'âge de 4 mois de convulsions. Elle a une petite fille âgée de 14 mois qui vient d'avoir une broncho-pneumonie.

Le 13 février 1930, la malade enceinte de 8 mois vient au Dispensaire Léon Bourgeois, l'examen radioscopique montre à gauche une diminution de transparence de la région inter-cléido-hilaire avec possibilité d'une image spéléomorphique à ce niveau.

L'examen stéthacoustique révèle la présence d'une respiration soufflante du poumon gauche avec présence de craquements fins dans la fosse sous épineuse.

La malade entre le 13 Février 1930 avec son enfant à la crèche Landouzy (Service du Professeur Léon Bernard), où elle se repose jusqu'au 8 mars. Sa température est normale et l'examen bactériologique des crachats ne montre pas de bâcilles de Koch le 15 Février. La malade quitte le service le 8 Mars 1930 pour entrer à la Clinique Baudelocque en attendant son accouchement. Celui-ci, normal, a lieu le jour même, la malade accouche d'une fille pesant 3.190 gr., vaccinée au B.C.G. et décédée 13 jours après sa naissance.

Délivrance naturelle et complète, le placenta pesant 480 gr. On constate une légère poussée fébrile le 5^e jour après l'accouchement, mais qui revient rapidement à la normale.

A partir du 4 Mars 1930 la malade revient se faire insufler régulièrement au Dispensaire. Elle va mieux, reprend du

poids depuis son accouchement. Elle va se reposer dans l'Ain dans sa famille et à son retour, elle ne tousse plus et ne crache plus.

En Janvier 1931, la malade fait une « grippe » accompagnée d'une poussée fébrile qui atteint 39°5 deux jours, puis revient peu à peu à la normale.

Le 12 février 1931, la malade recommence à tousser et à cracher un peu. L'image radioscopique du poumon gauche est la même que celle constatée lors de la première visite au Dispensaire.

Au mois de Mars 1931, la malade recommence une quatrième grossesse bien supportée au début, mais au mois de Septembre, la malade se sent un peu fatiguée sans recrudescence des symptômes généraux ; pour la première fois, le 22 Septembre une homogénéisation des crachats montre la présence de bâcilles de Koch. Le professeur Léon Bernard examine la malade le 26 Septembre 1931 alors que la malade est enceinte de 7 mois $1/2$; il trouve des craquements dans la fosse sous épineuse gauche et sous la clavicule.

La malade rentre dans le service le 28 septembre 1931 et le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident l'institution d'un pneumothorax artificiel créé le 29 septembre 1931.

Les insufflations sont continuées, la malade augmente rapidement de poids, le collapsus pulmonaire est très bon et la malade quitte le Service le 24 Novembre 1931 pour la Clinique Baudelocque. L'accouchement est normal ainsi que les suites de couches.

Elle revient dans le service le 21 Décembre ayant maigri de 5 kgs. après son accouchement. Son expectoration contient toujours des bâcilles de Koch. Le pneumothorax est poursuivi.

Le 25 janvier 1932 un examen radioscopique montre l'existence d'un peu de liquide dans le sinus costo diaphragmatique ; le médiastin est dévié vers la droite. Le sommet du poumon est bien collabé.

Le 1^{er} Février la déviation médiastinale vers la droite est très forte et on décomprime un peu.

A partir de cette date l'expectoration de la malade n'est

plus bacillifère et la malade quitte le service le 29 Février en très bon état. Elle vient au Dispensaire faire poursuivre ses insufflations et au mois de Mai elle va parfaitement bien.

OBSERVATION N° 47

Mine BERT... Andrée, 28 ans.

Tuberculose du poumon droit révélée au début d'une quatrième grossesse et traitée par un pneumothorax artificiel au 3^e mois de la gestation. Accouchement normal. Suites de couches non fébriles. 7 mois après, le pneumothorax artificiel est continué. Excellent état général.

La malade qui jusqu'au mois de Février 1931 avait toujours été en parfaite santé, commence à cette époque à tousser à la suite d'un « rhume ». Peu à peu elle maigrit, perd l'appétit et c'est dans ces conditions qu'elle vient le 27 Avril 1931 au Dispensaire Léon Bourgeois. Elle a trois enfants de 9, 5 et 3 ans en parfaite santé, mais son père et sa mère sont décédés de tuberculose pulmonaire.

Le début des accidents pulmonaires chez cette malade coïncide avec le commencement d'une quatrième grossesse. Le 27 avril 1931 l'examen radioscopique montre une diminution de transparence de tout le champ pulmonaire droit, plus accusée dans la région claviculaire où elle est constituée par un semis de taches s'accroissant à la toux. L'examen stéthacoustique met en évidence l'existence de quelques craquements dans les fosses sus et sous épineuses.

La malade entre dans le service du Professeur Léon Bernard le 21 Mai 1931 : elle ne présente pas de température, son expectoration contient des bacilles de Koch.

Un pneumothorax thérapeutique droit est institué le lendemain.

La malade est à ce moment au sixième mois de sa grossesse.

Elle quitte le service le 3 Juin et rentre chez elle en attendant son accouchement. Celui-ci, normal, a lieu au mois de Novembre 1931. Suites de couches non fébriles.

Au début du mois de Janvier 1932 la malade fait une poussée fébrile qui marque l'apparition de liquide dans le sinus costodiaphragmatique. Cette pleurésie a rapidement une tendance adhésive et les pressions deviennent rapidement positives.

Peu à peu les quantités de gaz insufflé diminuent. Au mois de Mai 1932 la malade va parfaitement bien.

OBSERVATION N° 48

Mme MEY... Madeleine.

Tuberculose du poumon gauche chez une femme enceinte de 2 mois ayant présenté quelque temps auparavant une hémoptysie sans lésions appréciables, ni cliniquement, ni radiologiquement. Traité par pneumothorax artificiel efficace. Accouchement et suites de couches normaux. Un an après, la malade va parfaitement bien.

La malade, mariée au mois de Juillet 1930, fait en pleine santé apparente un mois plus tard, une hémoptysie de quelques crachats sanglants, sans poussée thermique concomitante.

L'examen stéthacoustique pratiqué à ce moment par le Professeur Léon Bernard ne révèle absolument aucune altération pathologique. Des examens radioscopique et radiographique ne montrent rien d'anormal dans l'étendue des deux champs pulmonaires. La malade se remet rapidement de cet incident. Elle ne tousse pas et ne crache pas.

Au mois de Novembre 1930 la malade commence une grossesse bien supportée. Mais au mois de Janvier 1931 se déclare une nouvelle hémoptysie (de la valeur d'un verre) ; une poussée fébrile à 39° apparaît à ce moment. La malade

observe un repos absolu au lit pendant 10 jours, puis une nouvelle radiographie est faite le 13 Février 1931 qui montre à gauche une large infiltration diffuse dans les 2/3 supérieurs du champ pulmonaire, avec amorce de perte de substance au niveau du quatrième espace intercostal. La transparence de la base gauche est nettement moindre que du côté droit.

A droite le champ pulmonaire est normal avec réaction hilaire et larges marbrures scléro fibreuses en partant.

La malade à la suite de cet accident tousse et crache un peu. Une analyse de l'expectoration montre la présence de bacilles de Koch (1 bacille tous les 30 champs).

La malade entre au mois de Février 1931 dans le Service du Professeur Léon Bernard salle Mosny où un pneumothorax thérapeutique gauche est institué. Le collapsus du poumon est parfait et dès le premier examen de crachats, la bacilloscopie est négative.

La malade quitte le service 15 jours après son admission et le pneumothorax est entretenu au Dispensaire.

La malade est à ce moment enceinte de 5 mois. Sa gestation s'achève normalement, elle accouche à Baudelocque le 6 Août 1931 d'un enfant pesant 3 kgs 700 vacciné au B.C.G.

Après son accouchement, la malade va toujours parfaitement bien ; son état général est excellent, mais à la radioscopie apparaît une tache dense sous la clavicule droite, ne donnant aucun signe d'activité.

Les insufflations sont toujours continuées.

Le 7 Octobre, la malade crache encore un peu de sang mélangé à l'expectoration ; cette légère hémoptysie n'est d'ailleurs pas accompagnée d'élévation de température et les examens de crachats restent négatifs.

Un peu de liquide apparaît dans le sinus costo-diaphragmatique gauche au mois d'Octobre 1931. En Janvier 1932 il a disparu mais la base est revenue à la paroi. Le collapsus du sommet est toujours bon et au mois de Juin 1932 la malade est en parfait état ainsi que son enfant.

OBSERVATION N° 49

Mme VIG... Marthe, 18 ans.

Tuberculose ulcéro-fibreuse du poumon droit traitée par un pneumothorax artificiel au troisième mois d'une grossesse. Le collapsus pulmonaire est excellent et la malade accouche dans d'excellentes conditions. Une bilatéralisation discrète se produit dans les mois qui suivent l'accouchement pour laquelle la malade refuse un traitement. Deux mois après, son état général se maintient assez bon

A l'âge de 16 ans au mois de janvier 1927 la malade fait une pleurésie séro-fibrineuse à gauche, elle part au préventorium du Glandier au mois de Juillet où son état général ne s'améliore pas. Puis elle part au sanatorium de la Tuyollé, y fait un séjour de 7 mois pendant lesquels un traitement par l'antigène méthylique est institué ; son état général s'améliore et la malade vient à Paris au mois d'Avril 1929. Un examen sthétacoustique pratiqué au Dispensaire Léon Bourgeois permet d'entendre uniquement quelques frottements à la base du poumon gauche.

Un examen radioscopique montre à droite dans l'angle costo claviculaire, quelques taches floues à limite estompée ; les ombres hilaires sont touffues et arborescentes. A gauche sous la clavicule existent quelques petites taches peu denses, on voit une plage claire du volume d'une pièce de 1 fr. accolé sur la crosse aortique, dans la région inférieure du hile existe un semis de taches peu denses donnant au poumon un aspect granité.

La malade se repose chez elle et ne revient au Dispensaire que le 17 Novembre 1930 ; elle est à ce moment enceinte de 2 mois. Elle se sent un peu fatiguée, mais ne tousse pas, ne crache pas et son état général n'est pas mauvais. Un examen radioscopique est pratiqué qui montre à droite quelques taches estompées, sous claviculaires, mobiles à la toux ;

à gauche : foyer de taches et marbrures homogènes, occupant toute la zone intercléido hilaire avec existence d'une spéléonque en regard du hile.

Un examen sthétacoustique pratiqué par le Professeur Léon Bernard révèle l'existence de craquements dans les fosses sus et sous épineuses gauches, sous la clavicule la respiration est soufflante ; il existe toujours quelques frottements à la base gauche.

Une homogénéisation de crachats montre la présence de bacilles.

Un pneumothorax thérapeutique gauche est institué.

La grossesse évolue normalement ; le collapsus du poumon gauche est excellent et rapidement les bacilles de Koch disparaissent de l'expectoration. La malade accouche le 30 Juin 1931 à la Clinique Baudelocque d'un garçon pesant 3 kgs vacciné au B.C.G.

Mais peu à peu la malade maigrit, les quelques taches notées sous la clavicule droite s'étendent. La malade ne présente pas de fièvre mais au mois de Novembre 1931, 5 mois après l'accouchement, on note l'existence de râles bulleux dans la région péri hilaire droite. Etant donné l'évolution torpide le Professeur Léon Bernard propose l'institution d'un pneumothorax artificiel droit mais il est refusé par la malade.

On lui propose un traitement par les sels d'or refusé également et à partir de cette date, la malade trouvant le traitement trop long ne vient plus faire insuffler son pneumothorax au Dispensaire.

Au mois de Janvier 1932 elle est vue à domicile par l'infirmière visiteuse, son état général se maintient assez bon.

OBSERVATION N° 50

Mme Ml... Marie-Louise, 28 ans.

Tuberculose du poumon gauche traitée par un pneumothorax artificiel institué au quatrième mois d'une cinquième grossesse. Accouchement et suites normaux. Après 14 mois de traitement par la collap-

isothérapie, la malade commence une 6^e grossesse qui la fatigue. Huit jours après ce dernier accouchement, bilatéralisation des lésions nécessitant un traitement par pneumothorax bilatéral. Quatre mois après, la malade meurt brusquement quelques heures après une insufflation.

La malade vient au Dispensaire Léon Bourgeois le 23 Août 1932, elle se sent un peu fatiguée depuis le mois de Novembre 1921 à la suite d'un 4^e accouchement, elle ne tousse et crache que depuis Août 1923.

La malade a eu quatre grossesses mal supportées.

1^{re} grossesse en 1916, accouchement prématuré à 8 mois 1/2. L'enfant ne pesait que 800 grs. à la naissance et était mort. Pendant la grossesse présence d'albumine dans les urines.

2^e grossesse en 1918 : albumine dans les urines. Accouchement prématuré à 7 mois. Enfant mort-né. Hématome rétro-placentaire.

3^e grossesse en 1919 : Fausse couche de trois mois.

4^e grossesse en 1921 : pendant la gestation, troubles gastro-intestinaux (diarrhée, vomissements, nausées) et céphalalgie tenace B. W + Traitement par le novarsénobenzol. Accouchement à terme. L'enfant est bien constitué.

5^e grossesse en 1923 : C'est au cours du 4^e mois que se déclarent les accidents tuberculeux.

Un examen radioscopique montre une diminution de transparence de la partie moyenne du poumon gauche avec possibilité de spéléonque au milieu de cette zone opaque, à l'auscultation on entend des craquements dans la fosse sous épineuse gauche et une respiration soufflante dans la moitié supérieure du champ pulmonaire. Présence de bâcilles de Koch dans les crachats.

La malade entre dans le Service du Professeur Léon Bernard et un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 11 Septembre 1923.

Le poids de la malade augmente rapidement. On lui fait un traitement anti syphilitique par le novarsénobenzol.

Le 31 décembre 1923, la malade accouche à la Clinique

Baudelocque d'un garçon pesant 3 kgs. Les suites de couches furent normales. A sa sortie de la Maternité la malade revient à Laënnec, son enfant est placé à la Crèche Landouzy, puis au Placement Familial des Tout petits. La malade reste à Laënnec jusqu'au 7 Février 1924, elle va bien, on ne trouve plus de bacilles dans l'expectoration. Le pneumothorax est continué. Au mois de Décembre 1924, la malade commence sa 6^e grossesse. Elle vomit beaucoup au cours des 2^e et 3^e mois de sa gestation, toutefois sa grossesse se poursuit normalement.

Le 1^{er} Septembre 1925 la malade accouche à terme à Baudelocque d'un garçon pesant 3 kgs. 670. Délivrance naturelle placenta 570 gr. Enfant petit et maigre. Son siège est rouge et il présente de l'eczéma du visage ; cet enfant s'alimente mal et malgré le traitement au sulfarsénobenzol il meurt le 19 Octobre 1925.

Mais la mère a fait une hémoptysie huit jours après son accouchement, elle fait un troisième séjour à Laënnec ; température à 39°5 on retrouve des bacilles de Koch dans l'expectoration. En 15 jours la température revient à la normale et on continue le pneumothorax. Mais une bilatéralisation des lésions s'est produite et le 30 septembre 1925 on note à l'examen radioscopique : un thorax extrêmement large.

A gauche : taches foncées au milieu du moignon et reliées au hile par des marbrures denses.

A droite : densification du lobe supérieur avec une limite inférieure presque nette. Spélonque de 2 cm. de diamètre.

A l'auscultation : nombreux râles bulleux dans les fosses sus et sous épineuses.

Un pneumothorax artificiel droit est institué le 9 Octobre 1925. Le collapsus est très bon.

On continue parallèlement les insufflations du pneumothorax. Et la malade quitte le service le 7 Novembre 1925 ayant repris du poids, mais ayant toujours une expectoration bacillifère.

Le 1^{er} Février 1926, après une insufflation, la malade a pu rentrer chez elle ; elle aurait eu un violent accès de suffocation et serait morte trois heures après l'intervention.

OBSERVATION N° 51

PHI., Julia.

Tuberculose du poumon droit traitée par un pneumothorax artificiel, chez une femme enceinte de 4 mois. Accouchement et suites de couches normaux. La malade abandonne d'elle-même le traitement au bout de deux ans. Quatre ans après, récidive *in situ*.

La malade âgée de 43 ans vient le 23 Février 1924 au Dispensaire Léon Bourgeois. Depuis Janvier, elle tousse et crache abondamment surtout le matin et le soir. Elle présente des douleurs thoraciques du côté gauche et un essoufflement très intense depuis trois semaines l'empêche de vaquer aux soins du ménage. Son appétit est diminuée. La malade a maigri de 3 kgs., elle ne prend pas sa température.

Dans ses antécédents, on retrouve en Juin 1922 une hémoptysie au cours d'une congestion pulmonaire, accompagnée de fièvre à 38°5, fatigue et amaigrissement. D'autre part, la malade a fait deux fausses couches de 3 mois vers 1909, 1910. Aucune réaction de Bordet-Wassermann dans le sang n'a été pratiquée. La malade a trois enfants de 18, 15 et 10 ans actuellement en bonne santé.

Le 22 Février 1924, lors de sa première consultation au Dispensaire la malade présente depuis 2 jours quelques crachats striés de sang. A l'examen on note dans le champ pulmonaire droit des taches et marbrures confluentes occupant le 1/3 supérieur du poumon, le bord inférieur est très nettement visible, la percussion donne une submatité dans le 1/3 supérieur de l'hémithorax droit en arrière. A l'auscultation on entend quelques râles bulleux fins sous la clavicule et dans la fosse sous épineuse. De plus la malade qui avait toujours des règles régulières ne les a plus depuis deux mois, il s'agit d'un début de grossesse.

Un examen de crachats montre la présence de bacilles

de Koch. La malade entre dans le service du Professeur Léon Bernard et un pneumothorax thérapeutique droit est institué en Avril 1924. Le pneumothorax est électif. Rapidement le poids de la malade augmente, sa toux et son expectoration diminuent. La malade quitte le service au début du mois de Juin 1924.

La malade supporte bien sa grossesse et accouche normalement au mois d'Octobre. Après l'accouchement la malade ne présente pas de fièvre, tousses et crache un peu. La bacilloscopie devient négative.

Les insufflations sont continuées sans incident jusqu'en Juin 1926, à ce moment après deux ans de traitement la malade se croit guérie et ne revient plus pour l'insufflation du pneumothorax.

On la revoit au Dispensaire le 9 Février, à cette date on constate que le poumon droit est totalement revenu à la paroi. On note un peu de rétraction costale, une légère attraction du médiastin, une déformation du diaphragme droit en toit sous la clavicule. Il y a une légère diminution de transparence pas tout à fait homogène mais ne présentant nullement l'aspect cavitaire.

Le 17 Janvier 1929 le pneumothorax est cessé depuis deux ans $1/2$, la malade se porte bien, ne tousses ni ne crache. A l'examen stéthacoustique on trouve une respiration rude dans le $1/3$ supérieur du poumon droit. La radioscopie montre à droite une légère rétraction pariétale, dans la partie moyenne sous la clavicule existe une tache très dense du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50. A l'union du $1/3$ supérieur et des $2/3$ inférieurs on voit une ligne très dense, très mince présentant le reliquat de l'ancien interlobe. Dans la région périciliaire on note quelques taches en grains de plomb

Le 4 Décembre 1929 le pneumothorax est cessé depuis plus de trois ans, l'état général de la malade est toujours bon mais une petite image spléomorphique se dessine sous la clavicule droite.

Au mois de Novembre 1930, la malade a eu une grippe ; elle retombe dans le même état de fatigue qu'en Février 1924 et elle entre pour un deuxième séjour dans le service.

Le 23 Février 1931, sa température oscille entre 37° et

37°6, avec le repos au lit, son poids passe de 54 gs à 56 kgs. en 17 jours, l'examen stéthacoustique ne révèle qu'une respiration un peu rude à droite. A la radioscopie les variations d'incidences de l'ampoule font apparaître une image de lobite supérieure droite à limite inférieure assez nette avec une spélonque sous claviculaire.

La malade quitte le service le 11 Mars 1931 puis elle ne revient plus au dispensaire.

OBSERVATION N° 52

Mme CHE... Marcelle, 18 ans.

La malade, qui avait déjà une tuberculose pulmonaire fibreuse du poumon droit, devient enceinte. Lors de sa grossesse, il se produit une bilatéralisation des lésions avec spélonque dans le champ pulmonaire gauche. Un traitement par un pneumothorax artificiel gauche est institué au quatrième mois de la grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois. Suites de couches normales.

Quatre mois après l'accouchement, une tache sombre apparaît sous la clavicule droite, peu à peu la dissémination des lésions gagne tout le poumon droit. Pneumothorax abandonné deux ans après l'accouchement par suite de symphyse. Très mauvais état général.

La malade vient la première fois au Dispensaire Léon Bourgeois le 16 Décembre 1920, inquiète parce qu'elle tousse et crachait depuis 9 mois environ. Depuis deux ou trois mois à l'époque des règles elle avait constaté des filets de sang dans les crachats. Elle se plaignait de douleurs thoraciques à la base du poumon droit.

Dans ses antécédents on relève en Septembre 1918 une « bronchite » qui la tient trois semaines au lit et en Avril 1920 une « congestion pulmonaire » qui l'oblige à rester

couchée pendant plus d'un mois. Depuis cette époque la malade tousse et crache abondamment.

Le 16 Décembre 1920 à l'examen radiologique on note une rétraction costale à droite, une forte diminution de transparence dans tout le champ pulmonaire avec des marbrures sans image spéléonquaire. A l'auscultation on entend quelques râles bulleux après la toux, dans la fosse sus épineuse droite. Il existe des râles sibilants dans tout le poumon à gauche. Image thoracique normale.

La malade se repose à la campagne après avoir refusé un pneumothorax thérapeutique droit, puis elle se marie. On ne la revoit qu'en Décembre 1924, l'état du poumon droit est très amélioré. Il ne subsiste qu'une diminution de transparence homogène de tout le champ. Mais en Décembre 1924 la malade est enceinte de 4 mois. Depuis le début de sa grossesse elle est très fatiguée, tousse et crache abondamment, et l'examen révèle l'existence de râles bulleux sous la clavicule gauche, à ce niveau on voit une image spéléonquaire nette. Cette fois la malade consent à l'institution d'un pneumothorax thérapeutique gauche, il est commencé le 3 Décembre 1924. La grossesse est bien supportée, l'état général s'améliore. La malade quitte le service et vient faire poursuivre ses insufflations au Dispensaire.

La basilloscopie est négative. La malade accouche au mois d'Avril 1925 chez elle. Accouchement prématuré à 8 mois. L'enfant vit et il est confié à la grand'mère. Suites de couches normales.

Le 29 Avril on note la présence d'un peu de liquide dans le sinus costo-diaphragmatique on continue les insufflations tous les 15 jours.

4 mois et demi après l'accouchement on note à la radioscopie un petit aspect nuageux après la toux sous la clavicule droite. Puis cette image se précise et le 9 Septembre 1925 on voit nettement une tache sombre après la toux entre le hile et la clavicule droite.

A gauche les insufflations sont toujours continuées. L'état général de la malade reste très bon et les examens bactériologiques répétés ne montrent pas la présence de bacilles de Koch.

Peu à peu le liquide noté dans le sinus costo diaphragmatique gauche disparaît. Le poumon se recolle un peu à la base à partir du mois d'Août 1926.

L'année 1926 se passe sans incident. A gauche toute trace de spéléonque a disparu peu à peu. A droite la tache sous la clavicule est toujours visible. D'autres petites taches peu denses à limites floues sont visibles. A partir de Septembre 1926 le collapsus du poumon droit est médiocre et les insufflations difficiles.

La bilatéralisation des lésions s'accroît et la malade maigrit et le 4 Mai 1927 on voit dans le 1/3 supérieur du champ pulmonaire droit une diminution de transparence non homogène constituée par des taches et marbrures avec présence d'une petite plage claire sous la clavicule. A partir du mois d'Août 1927 il n'est plus possible d'entretenir le pneumothorax gauche, on note une rétraction costale, une attraction du médiastin, une diminution de transparence assez homogène de l'ensemble du champ pulmonaire.

Le 28 Septembre 1927, les bacilles réapparaissent dans les crachats. La malade ne revient ensuite au Dispensaire que le 5 Décembre 1928, son état général est médiocre. Le pneumothorax gauche est cessé depuis 16 mois. A droite on note une image en mie de pain de tout le champ pulmonaire. La malade entre dans le Service, mais en sort au début du mois de Janvier 1929 avec un état général très mauvais.

OBSERVATION N° 53

(publiée dans la Thèse du Docteur Péraire, 1931)

Mme MÉZ... Suzanne, 22 ans.

Lésion lobaire tuberculeuse gauche à point de départ hilo-péri-scissural chez une femme enceinte. Le pneumothorax pratiqué au cours de la gestation a permis à la malade de mener à bien sa grossesse. Un an après l'accouchement, les insufflations sont poursuivies régulièrement. Très bon état général.

La malade mariée à 19 ans, en fin 1927, commence une grossesse en mai 1928. Depuis le début de sa gestation, elle présente constamment des vomissements incoercibles parfois striés de sang. La malade entre en travail le 16 Février 1929 et est transférée à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut (Service du Professeur Ag. Le Lorier). Le 17 Février, à 7 heures, on fait une application de forceps et on extrait un enfant vivant pesant 3 kgs. 650, cet enfant se porte bien actuellement.

Mais depuis le début du mois de Mars 1928, c'est-à-dire à peu près à l'époque du début de sa grossesse la malade a commencé à tousser et à maigrir (7kgs en 12 mois). En Septembre 1929, son état continuant à décliner, elle se présente au Dispensaire Léon Bourgeois (Hôpital Laënnec), se plaignant de nombreux points de côté à gauche, d'une lassitude extrême et s'inquiétant de son amaigrissement progressif. Elle est en outre à ce moment, au troisième mois d'une nouvelle grossesse. L'auscultation à ce moment, montre la présence de râles bulleux dans tout le champ pulmonaire gauche, mais surtout nombreux en avant dans la région sous-claviculaire gauche. En outre, la percussion montre une zone de matité au niveau du sommet gauche, à l'examen radioscopique, on constate au niveau du poumon gauche une diminution de transparence non homogène du tiers supérieur du champ pulmonaire gauche. On note en outre sur ce poumon quelques taches bien nettes à la toux. Tout le champ pulmonaire présente enfin des marbrures marquées particulièrement au niveau de l'angle pariéto-claviculaire. La malade entre le 2 Octobre 1929 à l'Hôpital Laënnec dans le service du Professeur Léon Bernard.

Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax gauche. La première insufflation a lieu avec succès le 6 Octobre 1929 :

— 6 200 cm³ oxyg. 200 cm³ air — 10

La malade, dans les jours suivants, présente quelques poussées fébriles à 38°, mais elle augmente de poids et les insufflations s'effectuent convenablement. Ainsi :

le 8 Octobre 400 cm³ ; le 14 Octobre 500 ; le 22 Octobre 500.

L'enfant de la malade avait été hospitalisé à la crèche pendant son séjour à l'Hôpital.

La malade sort de l'Hôpital le 24 Octobre 1929 et rentre chez elle avec son enfant qu'elle refuse de placer (son expectoration, à ce moment, n'est d'ailleurs pas bacillifère).

En Novembre, la malade, enceinte de 4 mois, vient régulièrement se faire insuffler. Ainsi, 13 Novembre — 16 500 — 2. La radio, à ce moment, révèle un bon collapsus. Dès la fin Novembre, la malade reprend du poids, elle continue cependant à tousser et à cracher. A partir de cette époque, comme on note la présence d'un peu de liquide, les insufflations sont poursuivies aux environs de 350 cm³.

Comme, en Décembre, la malade présente à nouveau de fréquents vomissements (quelques-uns striés de sang) on diminue encore la quantité d'air insufflé à chaque fois. Le collapsus reste toujours suffisant, ainsi, le 26 Décembre : — 8 125 + 4. En janvier on diminue encore, les insufflations ont lieu tous les huit jours, mais on reste maintenant aux environs de 75 cm³. A ce moment, la malade est au 7^e mois de sa grossesse, son état est satisfaisant. Il reste toujours un peu de liquide à sa partie inférieure. Insufflation 26 Février 1930 — 6 50 0. Le 12 Mars, l'état général est toujours très satisfaisant, une insufflation a lieu ce jour-là — 6 50 0. A ce moment, la malade est presque à terme.

Elle est transportée à la Maternité de l'Hôpital Boucicaud (Service du Professeur Ag. Le Lorier), le 17 Mars 1930 à 1 heure du matin. Elle entre à la salle de travail à 8 h. 10 et accouche spontanément à 8 h. 15 (O.I.G.A. — O.P.) d'une fille vivante pesant 3 kilos. Délivrance naturelle et complète à 8 h. 40, poids 600 gr. Les suites de couches sont normales, la température n'a jamais, en effet, dépassé 37°6.

L'enfant bien portant est vacciné au B.C.G., séparé de la mère, il est confié au Placement Familial des Tout Petits.

Le pneumothorax est régulièrement poursuivi, ainsi :

Le 2 Avril :	— 4	50	0
Le 16 Avril :	— 0	50	+ 6

mais à cette date, le liquide remontant jusqu'aux 3/4 inférieurs de la cavité pleurale, on décide de suspendre provisoirement les insufflations.

En Juin, on insuffle 2 fois 25 cm³ comme dose d'entre-

tien. Le 25 Juin, le liquide remontant jusqu'à la clavicule, on retire par ponction 400 cm³ et on insuffle 300 cm³ d'air. En Juillet, le liquide remonte lentement, le collapsus est toujours parfait ; l'état général est très satisfaisant, la malade ne tousse plus, ne crache plus.

Depuis cette époque, les insufflations sont poursuivies tous les 8 jours, elles comportent à chaque fois une quantité d'air variant entre 50 et 75 cm³. Les pressions initiales et terminales étant respectivement voisines de — 6 et + 10.

Le 7 Janvier 1931, il y a toujours du liquide à la partie inférieure, une insufflation a lieu ce jour-là — 8 75 + 10. En Février, le liquide diminue, le collapsus est toujours parfait. En Mars 1931, un an après l'accouchement, la malade qui a engraisé de près de 5 kilos, est en excellent état général et travaille régulièrement. Ses enfants sont toujours en parfait état.

Ce chapitre ne comporte que 9 observations et nous regrettons de n'en pouvoir fournir davantage. Il nous a paru intéressant de montrer la valeur du pneumothorax appliqué préventivement chez les tuberculeuses enceintes. Nombre d'entre elles voient leur tuberculose se révéler ou s'aggraver au début de la gestation. Des incidents pulmonaires qui avaient paru bénins ont donné lieu chez 7 de nos malades à une aggravation manifeste nécessitant un traitement par pneumothorax pendant la grossesse. Deux malades n'avaient présenté aucun antécédent tuberculeux.

Nous présentons le résumé de nos 9 observations sur un tableau qui nous paraît être plus clair que le texte.

Nous avons ainsi, sur 9 cas :

2 décès : Obs. N° 45, N° 50.

3 aggravations : Obs. N° 49, N° 51, N° 52

4 cas favorables : Obs. N° 46, N° 47 ; N° 48, N 53.

Ces résultats sont médiocres, mais il serait intéressant de poursuivre ces recherches afin d'établir

une statistique portant sur un plus grand nombre de cas.

Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Ch. Mayer, dans un article : « La Chrysothérapie préventive chez les tuberculeuses enceintes », cite 14 cas de tuberculose ulcéro-caséeuse commune « qui, on le sait, est si souvent aggravée par la maternité ; en soustrayant 4 cas où le traitement a été tout à fait insuffisant, nous gardons 10 cas avec 8 succès et 2 échecs. »

Notre statistique est évidemment plus défavorable, puisque nous ne trouvons que 4 cas favorables sur 9 malades.

Nous ferons remarquer que dans l'observation N^o 50, nous avons eu affaire à une grande multipare qui a eu un pneumothorax thérapeutique gauche créé au 4^e mois d'une 5^e grossesse. Une sixième gestation intervient en cours de traitement qui amène une bilatéralisation des lésions ; un pneumothorax droit est alors créé et 3 mois après ce 6^e accouchement, la malade mourait quelques heures après une insufflation.

N ^{os}	NOMS	Antécédents Tuberculeux	Moment de la gestation où est institué le P. A.	Accouchements	Suites de couches	SUITES LOINTAINES
45	Rou... Madeleine	Aucun	4 mois	prématuré 7 mois	fébriles	Large bilatéralisation et mort.
46	Ral... Georgette..	Toux. Expectoration à la suite d'un accouchement.	7 mois	normal	normales	8 mois après l'accouchement. P. A. continué. Très bon état général.
47	Bert... Andrée ..	Aucun	3 mois	normal	normales	7 mois après l'accouchement. P. A. en cours. Très bon état général.
48	Mey... Madeleine.	Hémoptysie 1 mois avant la gestation	4 mois	normal	normales	P. A. en cours. 1 an après l'accouchement, la malade va bien.
49	Vig... Marthe ...	Pleurésie séro-fibrineuse	3 mois	normal	subfébriles	Bilat. légère qq. mois après l'accouchement. Malade refuse un traitement.
50	Mi...Marie-Louise	Toux. Expectoration après un 4 ^e accouchement.	4 mois	normal	subfébriles	6 ^e grossesse après 14 mois de P. A. Bilatéralisation, trois mois après un 6 ^e accouchement, Mort. Syphilis surajoutée.
51	Phi... Julia	2 ans avant gestation. Hémoptysie. Fièvre	4 mois	normal	normales	P. A. abandonné par la malade au bout de 2 ans. Récidive in situ 4 ans après.
52	Che... Marcelle..	Toux. Hémoptysie légère. Fièvre.	4 mois	prématuré 8 mois	normales	3 mois après l'accouchement, bilatéralisation, 2 ans plus tard, mauvais état général.
53	Mez... Suzanné ..	Toux. Expectoration. Amaigrissement	3 mois $\frac{1}{2}$	normal	normales	P. A. en cours. 1 an après l'accouchement, très bon état général.

CHAPITRE V

4^e GROUPE. — Pneumothorax bilatéral

OBSERVATION N° 54

Mme LAUR... Gilberte, 17 ans.

Tuberculose du poumon droit traitée par un pneumothorax artificiel. Une bilatéralisation d'abord légère est aggravée par une grossesse terminée par un avortement après deux ans de traitement par la collapsothérapie. Un pneumothorax thérapeutique gauche est institué. Six mois après l'institution du pneumothorax bilatéral, la malade va bien.

Au mois d'Août 1928, la malade ressent un point de côté violent et tenace dans la région de la pointe de l'omoplate droite. Peu après, elle maigrit rapidement et commence à tousser et à cracher. Un médecin vu en ville porte le diagnostic de pleurésie, mais une ponction exploratrice pratiquée par lui ne ramène pas de liquide.

Cependant, la malade se sent de plus en plus fatiguée et son médecin l'envoie au Dispensaire Léon Bourgeois où elle ne vient que le 24 Décembre 1928. A ce moment, elle présente une température atteignant 38° le soir. A la palpation, on note une abolition totale des vibrations vocales dans toute l'étendue de la base du poumon droit. A la percussion on note une submatité du poumon droit et une matité hydrique de la base.

A l'auscultation, on trouve une abolition du murmure vésiculaire dans la zone de matité. Il existe cependant un lé-

ger souffle inspiratoire ; par contre, on entend un souffle expiratoire très net.

Sous la clavicule, on note quelques craquèements fins après la toux. L'examen radioscopique montre une forte obscurité de la base droite, non homogène avec quelques taches et une image spéléomorphique au niveau du hile. Le côté gauche paraît normal.

La malade entre dans le Service du Professeur Léon Bernard le 28 Décembre 1928. Son expectoration contient des bacilles de Koch. Un pneumothorax thérapeutique est institué le 21 Janvier 1929. Le collapsus pulmonaire est bon et la malade quitte le service le 27 Juillet 1929. Son pneumothorax est continué au Dispensaire. Mais une bride retient la partie supérieure du poumon à la paroi et la malade reste longtemps bacillifère.

Au mois de Mars 1931, cette bride s'est beaucoup allongée et amincie ; la malade va bien et on ne trouve pas de bacilles de Koch dans son expectoration. Le moignon pulmonaire est très clair.

Mais peu à peu, alors que le pneumothorax droit est entretenu dans de bonnes conditions, on assiste à l'apparition de quelques taches dans la région inter-cléido-hilaire gauche. Celles-ci ne semblent pas évoluer jusqu'au mois de Juillet 1931. Mais la malade commence une grossesse à ce moment, elle se sent à nouveau très fatiguée. Au mois d'Octobre 1931 elle fait une fausse couche de 4 mois suivie d'une légère poussée fébrile à 38° et 38°5.

Son pneumothorax droit est suspendu pendant un mois à la suite de cette fausse-couche.

Mais les lésions symétriques évoluent, la malade redevient bacillifère. Un examen radioscopique montre à droite un bon pneumothorax avec une adhérence au sommet, le moignon est clair.

A gauche, on note une infiltration entre le pôle supérieur du hile et la paroi, il existe une image lacunaire au milieu de cette zone de taches et marbrures. La malade entre le 6 Janvier 1932 dans le service et un pneumothorax thérapeutique gauche est institué.

Le poumon est bien collabé à la base, un peu moins

bien au sommet, mais le pneumothorax est efficace et au mois de Juin 1932, la malade va parfaitement bien, son pneumothorax est alterné, entretenu dans de bonnes conditions.

OBSERVATION N° 55

(publiée dans la Thèse du Docteur Péraire, 1931)

Mme EVA.... Stella, 29 ans.

Tuberculose ulcéro-caséuse du sommet gauche à tendance évolutive rapide, soignée par un pneumothorax gauche institué en Juillet 1924. La malade avait été considérablement améliorée par la collapsothérapie, lorsqu'apparurent, deux ans plus tard, à la suite d'une broncho-pneumonie, des signes de bilatéralisation. Un second pneumothorax institué alors se révéla également efficace. Les deux collapsus furent régulièrement poursuivis. Deux ans après l'institution du second pneumothorax, la malade supporte parfaitement bien une grossesse et accouche normalement. Actuellement, plus de deux ans après l'accouchement, la malade, chez qui le traitement est toujours poursuivi, se trouve en parfait état et travaille régulièrement.

La malade, d'origine grecque, est arrivée à Paris en 1920, à l'âge de 18 ans. Supportant fort mal au début le climat, se surmenant beaucoup dans son travail, elle se met à tousser et commence à maigrir à la fin de l'année 1923 (elle maigrit de 10 kilos en 10 mois).

Dans les premiers mois de 1924, elle fait successivement une bronchite traînante, une grippe, une angine grave avec température élevée. Depuis lors, la malade a commencé à tousser et à cracher beaucoup, a présenté de la température vespérale ; son amaigrissement s'est accentué très notablement. La malade vient consulter au Dispensaire Léon Bour-

geois en fin Mai. L'auscultation révèle alors une diminution de la respiration à gauche, avec au sommet de nombreux râles à tendance humide et en avant la percussion montre à ce niveau une matité assez prononcée. La radiologie d'ailleurs, met en évidence une diminution de transparence non homogène sur toute la hauteur du champ pulmonaire gauche avec aspect en mie de pain caractéristique à la partie supérieure. L'expectoration renferme en outre de nombreux bacilles de Koch. On se trouve donc en présence d'une tuberculose en pleine évolution.

La malade est admise le 7 Juillet 1924 dans le Service du Professeur Léon Bernard à l'Hôpital Laënnec. A son entrée, la radiologie montre que l'évolution excavante s'est rapidement poursuivie : on trouve en effet, une assez vaste spéléonque au sommet gauche et, d'ailleurs, on entend nettement un souffle cavitairé à l'auscultation.

En présence de la marche rapide de cette tuberculose ulcéro-caséuse à prédominance lobaire supérieure gauche très nette (il n'y a que quelques tâches dans la région hilare droite), le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax artificiel gauche, à ce moment, la malade pèse 53 kilos 200.

1 ^{re} insufflation le 22 Juillet 1924	— 22	300	— 16
2 ^e insufflation le 24 Juillet 1924	— 22	300	— 12
3 ^e insufflation le 27 Juillet 1924	— 10	450	— 10

Les insufflations sont poursuivies régulièrement aux alentours de 400 cm³.

Un mois après le 28 Août, la malade a repris plus de 6 kilos (poids 59 kilos 800). Dès le début, on a obtenu un collapsus complet, l'amélioration est considérable, on poursuit le traitement, ainsi :

9 Septembre :	— 8	325	— 6
16 Octobre :	— 12	400	— 6

La malade pèse 60 kilos le 6 Septembre, 68 kilos 5 le 13 Octobre. Le 25 Octobre, elle sort de l'Hôpital, pesant 64 kilos 200, ayant engraisé de 11 kilos en trois mois.

Les insufflations sont régulièrement poursuivies pendant

31 mois. Pendant ce temps, la malade engraisse de plus de 20 kilos, son état général est extrêmement satisfaisant ; mais en Décembre 1926, deux ans et demi environ après le début du traitement, la malade fait chez elle une nouvelle grippe avec bronchite et congestion s'accompagnant d'une température à 40° pendant assez longtemps. L'expectoration réapparaît : le médecin de ville porte le diagnostic de broncho-pneumonie. Au bout d'un mois de maladie, la température restant toujours aux alentours de 39°, la malade est admise à nouveau à l'Hôpital Laënnec, ayant maigri d'environ 7 kilos.

A son entrée, les examens radiologiques révèlent une persistance très nette à gauche du décollement (la dernière insufflation a eu lieu 4 jours plus tôt) le parenchyme pulmonaire bien qu'un peu assombri, semble normal, sauf dans la région hilare où se voient quelques taches ; à droite, au contraire, il existe de fines taches disséminées, sur la totalité du champ pulmonaire, mais prédominant à la partie moyenne, on note sous la clavicule la présence de taches claires indiquant la présence de petites spélonques.

L'auscultation révèle d'ailleurs à ce moment, la présence à droite de râles assez gros à tendance humide. Enfin, la percussion montre la matité du sommet droit.

Devant cet aspect, le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident de n'entretenir le pneumothorax gauche qu'à intervalles assez éloignés et d'instituer un pneumothorax droit. Le 24 Février 1927, on insuffle encore à gauche — 10 100 — 6. Le 26 Février, a lieu la première insufflation à droite :

200 oxy 200 azote — 8.

le 1^{er} Mars, deuxième insufflation à droite — 14 400 — 10

le 4 Mars, troisième insufflation à droite — 14 400 — 10

le 9 Mars, on insuffle à gauche — 12 200 — 3

le 11 Mars à droite 400, le 15 Mars à gauche 150.

Par la suite, les insufflations sont poursuivies régulièrement deux fois par semaine, une fois à droite, une fois à gauche, ainsi, le 6 Mai, à droite — 14 375 — 10

Le 10 Mai, à gauche — 6 150 — 4

La malade sort de l'Hôpital le 25 Juin 1927, elle revient régulièrement se faire insuffler de la sorte au Dispensaire

Léon Bourgeois pendant 17 mois ; mais alors qu'elle avait toujours été réglée régulièrement jusque-là, la malade ne présente plus ses règles à partir du 30 Juin 1928.

En Septembre, on met en évidence un début de grossesse qui évolue normalement et est bien supportée. Le 6 Décembre 1928, la malade étant au 5^e mois de sa grossesse est hospitalisée à nouveau à l'Hôpital Laënnec afin d'être suivie de près ; elle pèse à ce moment 60 kilos.

Comme depuis le 15 Novembre, le CO_2 alvéolaire égale 29 mm. de HG, on ne poursuit alors que le pneumothorax droit tous les 4 jours environ, quantités d'air variant entre 175 et 225 cm³.

Au contraire, après son entrée à l'hôpital, la respiration s'effectue dans des conditions tout à fait satisfaisantes ; ainsi à partir du 12 Décembre, le CO_2 alvéolaire égale 35 mm. de HG et le métabolisme basal égale 6 %, en conséquence, les insufflations du côté gauche sont reprises en les faisant alterner avec celles du côté droit en fin décembre, ainsi :

Le 28 Décembre, à gauche :	— 6	90	— 2
Le 31 Décembre, à droite :	— 11	225	— 8

de même :

Le 25 Janvier 1929, à gauche :	— 8	90	— 2
Le 28 Janvier 1929, à droite :	— 12	200	— 9

La malade reçoit donc à nouveau deux insufflations par semaine de chaque côté. En Février et en Mars, les insufflations sont continuées à la même cadence, c'est-à-dire entre 70 et 100 cm³ pour le côté droit. Le CO_2 alvéolaire reste aux environs de 35 mm. HG.

Le 28 Mars 1929, la malade étant près du terme est dirigée sur la Maternité Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire), elle entre en travail dans la nuit du 6 au 7 avril 1929 ; le 7 Avril, à 2 h. 45, la dilatation est complète et la malade accouche spontanément à 3 heures d'une fille vivante pesant 3 kilos 500. Délivrance naturelle et complète à 3 h. 40 ; poids 420 gr. Suites de couches à peu près normales ; cependant, 38^e le 4^e jour et retour à la normale en lysis le 10^e jour.

L'enfant isolé de la mère et vacciné au B.C.G. est envoyé à la campagne, cette fillette, âgée actuellement de deux ans, se porte à merveille.

Pendant tout son séjour à la Clinique Baudelocque, la malade, en parfait état, continue à être insufflée deux fois par semaine (une fois à droite, une fois à gauche).

La malade sort de la Maternité le 21 Avril et retourne à Laënnec. A son retour, le CO² alvéolaire est notablement augmenté, il est en effet passé aux environs de 46 mm. HG. Il gardera par la suite une valeur sensiblement égale.

Le 3 Mai, on a les chiffres suivants :

AC = 440.

CV = 1.100

Ventilation = 89,88.

Air résiduel = 230,56.

Capacité totale = 1 litre 331.

Les insufflations sont continuées à la même cadence entre 200 et 300 cm³ à droite, entre 70 et 100 cm³ à gauche.

Le 20 Août 1929, la malade sort de Laënnec pesant 67 kilos 800. Depuis sa sortie de Laënnec, la malade revient régulièrement se faire insufler au Dispensaire Léon Bourgeois, ainsi :

Le 14 Avril 1930, à gauche : — 5 90 + 5

Le 17 Avril 1930, à droite : — 12 275 — 8

de même : 20 Septembre 1930, à gauche : — 7 150 + 2

29 Septembre 1930, à droite : — 18 450 — 8

3 Décembre 1930 à gauche : — 10 190 + 11

8 Décembre 1930, à droite : — 16 500 — 6

A ce moment (Décembre 1930) la malade qui était un peu fatiguée, s'étant surmenée dans son travail, rendre, pendant quelques jours à l'Hôpital, elle y reste un mois en très bon état, ayant, pendant ce court séjour, repris 2 kilos.

Les insufflations sont toujours régulièrement poursuivies, tant à droite qu'à gauche, ainsi :

Le 3 Janvier 1931, à gauche : — 7 175 + 8

5 Janvier 1931, à droite : — 16 450 — 6. Le 8

Janvier la malade rentre chez elle et reprend son travail, elle continue depuis à venir régulièrement se faire insufler, son état général est parfait. En fin Avril, la malade donne toujours l'impression de la santé la plus florissante, plus de 2 ans après l'accouchement.

OBSERVATION N° 56

(publiée dans la Thèse du Docteur Péraire, 1931)

Mme VAL... Marie, 20 ans.

Tuberculose ulcéro-caséuse du sommet gauche, à tendance rapidement évolutive, traitée par un pneumothorax artificiel gauche en Mai 1928. La collapsothérapie avait considérablement amélioré la malade, lorsque vingt-deux mois plus tard, en Mars 1930, la malade commence à présenter des signes de bilatéralisation ; d'autre part, la malade commence une grossesse au début de Juin 1930. Pour lutter contre les signes de bilatéralisation survenus avant la grossesse, et pour mettre, d'autre part, la malade en état de la supporter convenablement, on institue un second pneumothorax le 29 Juillet 1930, celui-ci se révèle immédiatement efficace. La double collapsothérapie permet à la malade de mener à bien sa grossesse. Elle accouche normalement. Quelques mois après l'accouchement, son état est très satisfaisant.

La malade a perdu, quelques années plus tôt, en 1920, son père, atteint de tuberculose pulmonaire ; quelques semaines plus tard, elle se met à tousser elle-même, examinée au Dispensaire, on y découvre un voile du poumon gauche. Elle fut alors envoyée au Préventorium d'Ormesson, elle en revint en parfait état en 1922 ; mais en 1926, son frère, qui habitait avec elle, meurt à son tour de tuberculose pulmonaire.

En Octobre 1927, à la suite d'une bronchite, la malade s'est mise à tousser et à cracher, en même temps, elle perd l'appétit et présente un amaigrissement rapide (elle perd 5 kilos en un mois), elle se sent en outre, extrêmement fatiguée et sa température s'élève chaque soir à 38°, 38°5, le repos n'amenant aucune amélioration, la malade vient consulter en fin Janvier, au Dispensaire Léon Bourgeois. A ce moment, son état général est gravement atteint. L'expectoration renferme de très nombreux bacilles de Koch, elle tousse et crache constamment et sa température dépasse 39° et 39°5 chaque soir.

La malade est hospitalisée à Laënnec le 20 Mars 1928. A son entrée, on entend à l'auscultation, de nombreux râles humides au sommet gauche et la radiologie montre à gauche un voile prononcé recouvrant tout l'hémithorax et en outre de nombreuses marbrures, ainsi que des taches non homogènes très accusées occupant la plus grande partie du champ pulmonaire, mais surtout abondantes au niveau du hile ; à ce niveau, deux bandes parallèles donnant un aspect curieux vont du hile à la clavicule.

Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'instituer un pneumothorax artificiel gauche. Les premières insufflations ont lieu au début du mois de Mai 1928, on obtient dès la seconde insufflation un décollement complet, le collapsus se montre très rapidement efficace, on a d'ailleurs pu arriver à dépasser dès la troisième insufflation 500 cm3 d'air. L'état général s'améliore considérablement. La toux et l'expectoration diminuent dans de grandes proportions, on ne trouve plus de bacilles de Koch dans les crachats ; en Juillet 1928, la malade part au Sanatorium de Brevannes, elle y restera jusqu'en Janvier 1929. Les insufflations sont régulièrement poursuivies au sanatorium.

A sa sortie, la malade présente un état satisfaisant tant au point de vue général que pulmonaire, il existe toutefois depuis quelques semaines, une petite poussée liquidienne sous l pneumothorax. La malade continue à se faire insuffler régulièrement au Dispensaire Léon Bourgeois, ainsi, le

22 Mai 1929 :	— 28	125	— 2
2 Octobre 1929 :	— 14	125	— 2

A cette date, le collapsus est toujours excellent, mais la radiologie montre du côté droit « un semis de taches apparaissant à la toux avec une petite image claire et circulaire au centre ». On poursuit les insufflations en diminuant la quantité d'air insufflé et en espaçant les séances. Ainsi :

13 Novembre 1929 :	— 6	50	+ 4
22 Janvier 1930 :	— 10	75	+ 2

A ce moment, on insuffle tous les 15 jours.

Enfin, en Mars 1930, la malade tousse et crache à nouveau beaucoup, on trouve des bacilles de Koch dans son expectoration, cependant son état général se maintient d'une façon assez satisfaisante, pas de température vespérale. A l'examen, l'auscultation révèle à droite, dans la partie moyenne du poumon, la présence de nombreux râles humides ; en même temps, la radiologie met alors assez nettement en évidence, l'existence d'un spélonque péri-hilaire dont on a suivi le développement et l'accentuation depuis 6 mois.

En présence de ces symptômes de bilatéralisation, le Docteur Triboulet songe à instituer un pneumothorax de l'autre côté, en attendant les insufflations du côté gauche sont régulièrement poursuivies, sans pousser, ainsi :

7 Mai 1930 :	— 22	150	— 2
16 Juin 1930 :	— 8	150	— 4

A ce moment, on voit à droite dans la partie supérieure du hile que la tache lancéolée suspecte présente en son centre une petite anfractuosité maintenant très nette.

D'autre part, la malade ayant présenté ses dernières règles dans le courant de Mai, il semble alors qu'elle commence une grossesse. En Juillet la gestation de la malade se confirme, à ce moment l'image longtemps suspecte et suivie progressivement depuis 10 mois, est maintenant nettement visible sous forme d'une grosse image lacunaire.

Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident d'hospitaliser la malade afin d'instituer chez elle un second pneumothorax. La malade entre le 21 Juillet 1930 à Laënnec.

On espace les insufflations du côté gauche et on pratique la première insufflation du côté droit le 8 Septembre 1930 :

	— 12	300	— 4	
2 ^e insufflation, 10 septembre	— 14	400	— 8	
3 ^e insufflation, 15 septembre	— 12	450	— 8	

Dès les premières insufflations, la toux et l'expectoration diminuent, on ne trouve plus de bacilles de Koch, la fièvre disparaît, l'état général devient rapidement réellement satisfaisant. A partir du 19 Septembre, les insufflations du côté droit n'ont plus lieu qu'une fois par semaine, en même temps, on reprend les insufflations du côté gauche qui, elles, ont lieu toutes les trois semaines et qui sont en moyenne de 75 cm3 à chaque fois, ainsi :

19 Septembre, à droite :	— 9	400	— 5
25 Septembre, à droite :	— 11	500	— 5
8 Octobre à gauche :	— 10	75	+ 12

Les insufflations sont alors poursuivies à cette cadence en augmentant progressivement les quantités insufflées à droite, ainsi :

15 Octobre 1930 :	— 11	500	— 6
17 Novembre 1930 :	— 13	575	— 7
17 Décembre 1930 :	— 13	600	— 6

On a alors obtenu un très bon décollement à droite et on peut, par la suite, réduire un peu, ainsi :

25 Décembre 1930 :	— 11	550	— 6
4 Janvier 1931 :	— 12	450	— 6

La grossesse de la malade se poursuit d'autre part normalement et sa compression s'ajoute à celle du pneumothorax. La malade que nous suivons régulièrement, supporte parfaitement bien sa gestation. Il n'y a plus jamais eu de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Prise des premières douleurs le 3 Mars 1931, à 7 heures du matin, elle est transportée à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur Couvelaire) et accouche spontanément sans incidents en notre présence à midi 30 d'une fille vivante pesant 2 kilos 690. Délivrance naturelle et complète à 1 h. 10, poids 550 gr.

Le 5 Mars, la malade est réinsufflée à Baudelocque, à droite — 10 325 — 7.

A gauche où il existe un peu de liquide, on insuffle également 40 cm3 pression terminale + 12.

Le 10 Mars, la malade est réinsufflée à droite :
— 10 350 — 6

Les suites de couches sont normales, il n'y a pas eu d'élévation de température. La malade, qui va parfaitement bien, sort de la Maternité le 22 Mars 1931 et revient régulièrement se faire insuffler au Dispensaire Léon Bourgeois, où ses deux collapsus sont poursuivis comme par le passé.

Comme avant l'accouchement, la malade a actuellement repris son travail normal en Mai 1931. Trois mois après l'accouchement, son état général est extrêmement satisfaisant. Son enfant, vacciné au B.C.G., séparé et envoyé en placement, va parfaitement bien.

Nous possédons 4 observations de femmes traitées par un double pneumothorax et ayant supporté une grossesse. La quatrième observation est publiée dans le Chapitre VII « Interruptions de gestations » et porte le N° 65. Nous la ferons entrer dans cette statistique.

Nous ferons observer que la malade N° 54 n'a pas mené sa gestation à terme ; elle a fait une fausse-couche de 4 mois, et c'est pendant cette grossesse qu'a été institué le 2° pneumothorax pour une bilatéralisation aggravée dès le début de cette gestation. La malade N° 56 a eu aussi son 2° pneumothorax créé pendant le cours de sa grossesse.

Nous avons ainsi :

Pneumothorax bilatéral avant la grossesse : 1 cas favorable : Obs. N° 55.

Bilatéralisation du pneumothorax pendant la gestation : 2 cas favorables : Obs. N° 54, N° 56.

Bilatéralisation du pneumothorax entre une

première et une deuxième gestation : 1 cas favorable : Obs. N° 65 du Chapitre VII.

Nous n'avons donc trouvé que des cas favorables dans cette catégorie. Pourtant, l'éventualité d'un traitement par double pneumothorax est assez redoutable. Nous ne pouvons conclure d'après l'étude de ces 4 seuls cas à une action généralement bienfaisante. Mais les résultats que nous publions étant tous favorables, plaident en faveur du traitement par double pneumothorax chez des femmes atteintes de lésions tuberculeuses bilatérales.

CHAPITRE VI

5^e GROUPE. — Associations Chrysothérapiques

OBSERVATION N° 57

Mme VAC., Marie, 21 ans.

Lobite supérieure droite excavée traitée par un pneumothorax artificiel peu efficace. Deux ans après le début du traitement, large bilatéralisation des lésions. Un traitement crisalbinique est institué alors que les insufflations sont poursuivies. Huit mois après, la malade commence une grossesse parfaitement supportée. Accouchement et suites de couches normaux. Neuf mois après, excellent état pulmonaire et général.

La malade, deux mois après un accouchement, commence, à la suite d'une grippe, à tousser et à cracher. Un médecin consulté trouve, 15 jours après le début de la maladie, une lésion du poumon droit, et l'envoie au Dispensaire Léon Bourgeois où le 3 Septembre 1928, on trouve une diminution de transparence du 1/3 supérieur du champ pulmonaire droit avec limite inférieure nette ; au milieu de la zone de condensation, on note l'existence d'une spélouque sous la clavicule. L'examen stéthacoustique révèle l'existence de nombreux râles bulleux sous la clavicule droite et dans la fosse sous-épineuse.

La malade entre dans le service du Professeur Léon Bernard le 7 Septembre 1928. Sa température oscille entre 37° et 38°5. Son expectoration contient de nombreux bacilles de Koch.

Un pneumothorax droit est institué le 17 Septembre 1928. Très rapidement la température redevient normale. Le pneumothorax n'est pas efficace, et la malade quitte le service le 20 Octobre 1928. Son pneumothorax est continué au Dispensaire, il existe une adhérence au niveau du $1/3$ supérieur du champ pulmonaire et la partie supérieure du poumon n'est pas bien comprimée. Aussi, retrouve-t-on de façon intermittente des bacilles de Koch dans l'expectoration.

Toutefois, l'état général de la malade est assez bon. Son pneumothorax est continué pendant l'année 1929. La malade tousse et crache toujours un peu. On essaye de pousser un peu les insufflations, mais le résultat n'est pas meilleur ; le pneumothorax droit est seulement partiel inférieur.

Au mois de Juillet 1930, la malade maigrit beaucoup à la suite d'une grippe, elle recommence à tousser et à cracher abondamment, et le 16 Juillet 1930, lors d'un examen radioscopique, on s'aperçoit qu'il s'est produit une large bilatéralisation des lésions. On note une forte opacité des $2/3$ supérieurs du champ pulmonaire gauche avec aspect en mie de pain prédominant surtout dans la partie moyenne du champ. La malade entre dans le service pour un deuxième séjour le 21 Juillet 1930, avec une température oscillant entre 37° et 38° .

Le pneumothorax artificiel droit est toujours continué, mais un traitement par la crisalbine est institué à raison de 0 gr. 25 par semaine. Dès la 4^e semaine, la température est tout à fait normale et la malade reprend du poids. Elle quitte le service le 13 Septembre 1930.

Au mois de Décembre 1930, les injections intraveineuses de crisalbine sont toujours continuées à la dose de 0 gr. 25 par semaine et le pneumothorax insufflé tous les 7 jours également. L'état radiologique des deux poumons est toujours le même. Leur état commence à s'améliorer seulement au mois de Février 1931. L'aspect du moignon pulmonaire droit et du poumon gauche est plus clair et la malade crache moins.

Une grossesse bien supportée est commencée au mois de Mars 1931, l'état général de la malade reste bon et son état pulmonaire s'améliore progressivement. Mais il subsiste toujours des bacilles de Koch dans l'expectoration.

A la fin de la grossesse, les insufflations du pneumothorax artificiel ne sont faites que tous les 15 jours, ainsi que les injections de crisalbine.

La malade accouche le 4 Novembre 1931, d'une fille bien portante pesant 3 kilos 750, séparée de la mère. Suites de couches normales.

Après l'accouchement le double traitement général par la crisalbine et local par la collapsothérapie est toujours poursuivi toutes les deux semaines et 9 mois après l'accouchement la malade, qui reste bacillifère, est en excellent état. L'aspect des 2 champs pulmonaires est presque clair. Il subsiste quelques taches foncées dans la région juxta-hilaire gauche et toute trace de spéléonque dans le moignon droit collabé a disparu.

OBSERVATION N° 58

Mme AR... Elise, 21 ans.

Tubercuolose du poumon gauche à forme spléno, pneumonie aggravée par une grossesse et traitée par un pneumothorax artificiel inefficace après l'accouchement. La température qui avait paru céder au début du traitement, reprend et atteint 39°. Les insufflations doivent être cessées rapidement et un traitement par le thisulfate d'or et de sodium est institué. La fièvre hectique pendant plusieurs mois, cède enfin sous l'influence de ce traitement. Trois ans après, alors que les injections intraveineuses de sel d'or sont continuées, la malade mène à bien une grossesse normale. Deux ans et demi après ce deuxième accouchement, la malade se présente en parfait état pulmonaire et général.

Le début de la maladie semble remonter au mois de Juillet 1925, à ce moment, la malade commence à maigrir, tousse le matin et expectore un peu. Son appétit est con-

servé, mais la malade se sent très fatiguée. Elle va consulter un médecin qui lui conseille une cure hygiéno-diététique, elle se repose dans la Nièvre, reprend les 9 kilos qu'elle avait perdus en 3 mois. A son retour, elle ne tousse plus et peut reprendre son travail de sténo-dactylographe. Au mois d'Avril 1926, la malade commence une grossesse et maigrit à nouveau. La toux reprend plus fréquente, l'expectoration est plus abondante et la malade doit cesser son travail. Elle se repose jusqu'à la fin de sa grossesse. L'accouchement a lieu à l'Hôpital Beaujon.

Le 12 Décembre 1926, au 8^e mois de grossesse, elle entre à la salle de travail à 9 h. 30 et met au monde à 11 h 30 un garçon vivant pesant 2 kilos 230. Placenta 440 gr. Les suites de couches sont normales, sans poussée fébrile.

Cependant la toux et l'expectoration ont continué et, à sa sortie de la Maternité, le 29 Décembre 1926, elle est dirigée sur le Service du Professeur Léon Bernard (Hôpital Laënnec) où elle est admise le jour même à la crèche Landouzy avec son enfant.

Dès ce moment, la température oscille entre 37° et 38°5, on trouve une obscurité homogène de la moitié inférieure du champ pulmonaire gauche, non homogène de la moitié supérieure. A droite, existent quelques taches discrètes entre le hile et la clavicule. L'examen sthétacoustique révèle l'existence de râles bulleux dans la fosse sous-épineuse gauche et sous la clavicule. Dans la moitié inférieure du poumon, la respiration est totalement abolie et il existe une matité absolue dans cette zone.

Un examen de l'expectoration montre la présence de bacilles de Koch. Un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 6 Janvier 1927.

Mais son enfant qui avait été en contact avec sa mère avant l'entrée de celle-ci à la crèche Landouzy et qui présentait déjà le 15 Janvier 1927 une cuti-réaction positive à la tuberculine meurt le 27 Janvier.

La mère quitte ce jour-là l'hôpital et son pneumothorax est insufflé au Dispensaire.

Après la dixième piqûre, elle se sent lasse, elle a peine à rentrer chez elle, le lendemain elle prend sa température

qui atteint 40°3 et revient alors dans le Service, salle Mosny.

En même temps que ces phénomènes pulmonaires aigus et à partir de son accouchement, la malade avait présenté des troubles intestinaux consistant en diarrhée qui n'a cédé ni au régime, ni à aucune thérapeutique.

La malade à son entrée en salle est amaigrie. Sa température oscille en 38° et 40°. Sa tuberculose est toujours strictement unilatérale gauche et le pneumothorax est poursuivi.

En même temps, un traitement par extrait thébaïque, belladonne et enfin stovarsol est institué pour lutter contre la diarrhée persistante. La température élevée qui avait paru céder un peu au mois de Mai s'élève de nouveau à 40° au mois de Juin. De plus, la malade est très dyspnéique et les insufflations deviennent très douloureuses, on abandonne délibérément le pneumothorax. La diarrhée cède enfin, mais la fièvre persistant toujours, un traitement par la crisalbine est institué à la dose de 0 gr. 25 la première semaine, puis 0 gr. 10 par semaine à partir du 31 Juillet. Ce n'est qu'à partir du mois d'Octobre 1927, quand la malade a reçu 6 gr. 75 de crisalbine que sa température diminue. Elle est normale au mois de Novembre et la malade peut quitter le service le 4 Novembre 1927.

Pendant tout son séjour dans le service, la malade a été bacillifère. Elle se repose ensuite chez elle et on interrompt pendant un mois le traitement par les sels d'or. Puis il est repris à la dose de 0 gr. 25 par semaine en une seule injection intraveineuse.

Au mois de Mars 1928, la malade présente un épisode aigu caractérisé par de la diarrhée, des vomissements ; il n'existe aucun signe d'aggravation de son état pulmonaire. La malade migrit un peu, puis tout rentre dans l'ordre.

Au mois d'Avril 1928, pour la première fois, depuis le début de la maladie, on ne trouve plus de bacilles de Koch dans l'expectoration. Le traitement crisalbinique est toujours continué ; on ne le cesse que durant quelques très courtes périodes pendant lesquelles la malade se repose à la campagne. Au mois de Mars 1930, 32 mois après la cessation du pneumothorax, la malade commence une deuxième grossesse

parfaitement supportée. Jamais, pendant toute cette grossesse, le traitement n'a été cessé.

La malade accouche normalement en Janvier 1930 d'une fille pesant 2 kilos 750. Les suites de couches sont absolument normales. L'enfant, bien constitué, est vacciné au B.C.G. et séparé de sa mère.

A la suite de cet accouchement, la malade se sent un peu fatiguée, tousse et crache, mais son appétit est bon et ses digestions normales.

Les injections de érsialbine n'ont jamais été cessées jusqu'au mois de Mai 1932. A ce moment, la malade va parfaitement bien. Elle a reçu en tout depuis 5 ans plus de 30 gr. de thiosulfate d'or et de sodium.

Son poumon gauche présente une abolition totale de transparence de la moitié inférieure. La moitié supérieure présente des ombres très foncées d'aspect cicatriciel. Jamais, depuis quatre ans, les bacilles n'ont reparu dans l'expectoration. Celle-ci est d'ailleurs presque totalement abolie et l'état général de la mère et de son enfant est parfait.

OBSERVATION N° 59

Mme IM... Jeanne, 27 ans.

Tuberculose évolutive du poumon droit avec spélonque sous-claviculaire traitée par un pneumothorax artificiel. Amélioration rapide. Mais trois ans et demi après le début du traitement, la malade commence une grossesse mal supportée amenant une reprise de l'expectoration bacillifère. Accouchement et suites de couches normaux. Trois mois après l'accouchement, une bilatéralisation se produit. Le pneumothorax droit est entretenu. Un traitement par la crisalbine est commencé, mais la malade meurt rapidement.

Le 21 Février 1921, la malade présente une hémoptysie

qui se prolonge pendant deux jours évaluée à un verre et demi environ. La température à 38°5. La malade mise au repos, la température revient à la normale, mais elle se sent fatiguée, elle tousse et crache beaucoup. Le 16 Mai, une nouvelle hémoptysie peu abondante se reproduit. La malade dit avoir eu une pleurésie non ponctionnée à l'âge de 3 ans, de plus des bronchites fréquentes apparaissaient l'hiver depuis plusieurs années. Elle a une fille de 7 ans de santé délicate et elle a eu un garçon mort en 1918 de méningite tuberculeuse.

La malade vient le 11 Juillet 1921 au Dispensaire Léon Bourgeois. On note une submatité étendue en arrière dans tout le poumon droit. La respiration est soufflante dans toute l'étendue du champ pulmonaire et des râles bulleux nombreux sont perçus dans la fosse sous-épineuse. De plus, des craquements sont entendus dans la fosse sus-épineuse. L'examen radioscopique révèle une tache sombre sensiblement uniforme au sommet du poumon droit, une densification du 1/3 inférieur avec spéléonque visible. Le sinus costo-diaphragmatique est effacé et immobile.

A la suite de cet examen, la malade entre le jour-même dans le Service du Professeur Léon Bernard. Un pneumothorax thérapeutique droit est institué avec succès. La malade est envoyée au Sanatorium d'Angicourt où les insufflations sont poursuivies. Puis la malade rentre à Paris présentant un bon état. La bacilloscopie est négative.

Mais le 20 Février 1924, une nouvelle hémoptysie se manifeste et la malade revient dans le service. Les insufflations sont toujours continuées.

L'état général de la malade s'améliore progressivement jusqu'au début de l'année 1925, à ce moment, la malade commence une grossesse qui la fatigue beaucoup après 3 ans et demi de traitement. En Avril 1925, une forte angine accompagnée de fièvre à 38°5 se déclare et les bacilles de Koch réapparaissent dans les crachats.

Au mois de Septembre 1925, la malade accouche spontanément à terme à la Clinique Baudelocque d'une fille pesant 3 kilos 280 ; délivrance naturelle 20 minutes après l'accouchement, placenta 500 gr. Les suites de couches sont norma-

les. L'enfant bien portant est confié au Placement Familial des Tout Petits.

Après sa sortie de la Maternité, le pneumothorax de la malade est toujours entretenu au Dispensaire. Malgré une assez bonne compression, les bacilles persistent dans les crachats. Un épanchement accompagné de fièvre à 39° apparaît en Décembre 1926, le liquide augmente de quantité et occupe bientôt la moitié inférieure de l'hémithorax, puis tout l'hémithorax, les pressions deviennent positives.

Le 2 Mai, on pratique une ponction de 300 cm3 de liquide, on insuffle 100 cm3 d'air. La malade garde un état général assez bon mais ses crachats contiennent toujours des bacilles de Koch, le liquide tend à diminuer lentement. Le 21 Décembre 1927, son niveau supérieur remonte à 3 travers de doigt sous la clavicule. On peut voir nettement des adhérences apparues à la partie supérieure du poumon.

En Novembre, une tache d'ombre suspecte était apparue sous la clavicule gauche, cette tache, d'abord d'aspect homogène, semble peu à peu se creuser d'une petite géode qui est nettement visible au début du mois de Mars 1928.

Pendant tout l'hiver, la malade a beaucoup maigri et un repos complet en Mars et Avril semble lui rendre quelque vigueur.

On poursuit toujours les insufflations du côté droit. Le niveau du liquide reste stationnaire.

Sous la clavicule gauche, l'image spéléomorphique est toujours visible pendant l'année 1929. La malade maigrit peu à peu.

Un traitement par la crisalbine est institué, elle n'en reçoit que trois injections de 0 gr. 25 et une hémoptysie emporte la malade au mois de Janvier 1930.

OBSERVATION N° 60

Mme VAR... Thérèse, 22 ans.

Tuberculose ulcéro-caséuse du poumon gauche traitée par un pneumothorax artificiel. 3 ans

après l'institution du traitement, fausse-couche de 2 mois bien supportée. Deux ans après, alors qu'on songeait à cesser le pneumothorax, début de grossesse avec reprise évolutive dans le moignon. Institution d'un oléothorax anti-symphysaire qui permet de mener à bien cette gestation. Accouchement normal. Suites de couches fébriles. Plus de deux ans après cet accouchement, le traitement par la collapsothérapie est toujours continué, mais la malade présente un état général médiocre. Un traitement par la crisalbine n'apporte aucune amélioration.

La malade eut un pneumothorax institué le 16 Juin 1924 à Lariboisière par le Docteur Gandy pour une infiltration limitée sus-scisurale du poumon gauche avec caséification. Collapsus incomplet malgré des pressions fortement positives, adhérences multiples. La malade fait un séjour au Sanatorium d'Angicourt où son pneumothorax est régulièrement insufflé. Son état général est excellent à sa sortie.

Elle se marie en Mai 1927, mais fait en Juillet 1927 une fausse couche de 2 mois bien supportée. Lesinsufflations sont continuées sans incidents et le Docteur Gandy pensait les cesser quand, au mois de Mars 1929, lors d'un début de grossesse, la malade fait une hémoptysie. On note la présence de bacilles de Koch. Elle vient à ce moment au Dispensaire Léon Bourgeois où le Docteur Triboulet trouve une spéléonque à la partie moyenne du moignon pulmonaire.

Un oléothorax anti-symphysaire est institué, ainsi :

10 Juin 1929	— 3 — 8	240 d'o.	+ 5 cm3 d'huile paraffinée
			pure + 2 + 8
15 Juin 1929	— 1 — 8	150 d'o.	+ 15 cm3 d'huile paraffinée
			pure + 2 + 10
24 Juin 1929	— 2 — 8	200 d'o.	+ 45 cm3 d'huile paraffinée
			pure + 2 + 8

Le même jour, la malade se plaint d'avoir souffert du côté gauche et d'avoir eu de la fièvre atteignant 39°6. On continue les injections d'huile paraffinée pure pendant tous les mois de Juillet et Août.

Le 16 Septembre, la malade a craché un peu de sang, le 28 Octobre, la pression pleurale est supérieure à la pression atmosphérique, on injecte néanmoins 15 cm³ d'huile de paraffine.

Le 18 Novembre, l'état général de la malade est satisfaisant ; elle est au 7^e mois de sa grossesse.

Un cliché radioscopique le 3 Décembre 1929 montre une spéléonque presque complètement disparue, on ne retrouve plus de bacilles de Koch dans l'expectoration.

On injecte toujours de l'huile.

Le 12 Février 1930, la malade accouche normalement. Mais à la suite de cette événement, elle fait une poussée fébrile à 39° sans toux ni expectoration. Au mois d'Avril, la malade va mieux, sa température est normale ; on injecte le 7, 20 cm³ d'huile paraffinée pure. On continue l'oléothorax.

Le 2 Janvier 1931, la malade a grossi de 11 kilos depuis son accouchement. L'aiguille mise en place, l'huile sort spontanément, on fait une ponction de 20 cm³ d'huile.

Le 23 Mars 1931, la radioscopie montre à droite : exagération des ombres broncho-vasculaires. A gauche : oléothorax occupant la totalité de la plèvre avec bonne compression du poumon.

Il ne se produit aucun phénomène nouveau jusqu'au mois d'Octobre 1931. Le 10 Octobre, la malade dit avoir craché un peu de sang. Pas de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Le 28 Décembre 1931 : ponction de 30 cm³ d'huile.

Le 18 Janvier 1932, la malade a fait depuis 3 semaines une hémoptysie avec température élevée, il s'agit d'une reprise évolutive dans le moignon sous l'influence de la décompression. On retrouve des bacilles de Koch dans l'expectoration et une spéléonque est à nouveau visible. Le 25 Janvier 1932, la malade fait toujours un peu de température ; injection de 40 cm³ d'huile paraffinée pure avec pression terminale positive.

Le 15 Février, la température revient à la normale et l'expectoration diminue.

Le 21 Mars, un traitement par le théosulfate d'or et de

sodium est institué par un médecin en ville à raison de 0 gr. 25 par semaine.

Le 11 Avril, on continue le traitement par la crisalbine, la malade a perdu 11 kilo à la radioscopie, même tache huileuse et même image spélonquaire que précédemment. Ponction de 125 cm3.

Le 9 Mai 1932, alors que le traitement par les sels d'or est continué, on ne trouve plus de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Le 8 Août 1932, un examen radioscopique montre à droite une exagération des ombres broncho-vasculaires.

Le 10 Octobre, la malade a présenté à nouveau une hémoptysie. A gauche, sous le niveau de l'huile, on peut apercevoir une spélonque ; à l'examen sthétacoustique, on entend des râles bulleux.

L'état de la malade décline peu à peu. Les injections de crisalbine sont continuées en ville, à raison de 0 gr. 25 par semaine.

Voici le résumé des 4 observations de ce chapitre :

1 décès : Obs. N° 59.

1 aggravation : Obs. N° 60.

2 améliorations : Obs. N° 57, N° 58.

Sur ces quatre observations, nous remarquerons que la malade n° 59 a reçu une trop faible dose de crisalbine (0 gr. 75) pour qu'elle puisse entrer dans le cadre d'une statistique.

Il nous reste donc 3 malades traitées normalement, avec 2 améliorations et 1 aggravation.

Nous ferons remarquer que dans l'observation N° 60, la malade est en traitement par un oléothorax de compression.

CHAPITRE VII

6° GROUPE. — Interruptions de Gestations

OBSERVATION N° 61

LER... Germaine.

Tuberculose miliaire unilatérale du lobe supérieur droit, longtemps torpide. Une poussée évolutive apparaît à la suite d'un accouchement. Un pneumothorax thérapeutique est institué, amenant rapidement un collapsus efficace. Un an après le début du traitement, une deuxième grossesse fatigue beaucoup la malade. La gestation est interrompue au deuxième mois. Quinze mois après, l'état pulmonaire et général de la malade est satisfaisant.

Au mois de Septembre 1928, la malade avait présenté une hémoptysie ($1/4$ de verre de sang), à ce moment, elle s'était sentie très fatiguée, mais n'avait pas cessé son métier de couturière. La malade au mois de Décembre 1928 commence une grossesse bien supportée, elle vient à ce moment consulter au Dispensaire Léon Bougeois. Le Professeur Léon Bernard et le Docteur Triboulet décident de ne rien tenter étant donné l'évolution torpide de la tuberculose. La malade se repose et va bien. De nombreux clichés radiographiques sont faits pendant cette grossesse, on trouve sur chacun d'eux un semis de fines taches dans les $2/3$ supérieurs du champ pulmonaire droit, l'examen stéthacoustique est normal.

La malade accouche chez elle le 2 Août 1929 d'une fille bien constituée pesant 3 kilos 150. Il n'y a aucune poussée fébrile pendant les suites de couches et la malade semble aller très bien.

Elle vient le 21 Octobre 1929 au Dispensaire deux mois après son accouchement. L'auscultation révèle l'existence de quelques râles ronflants et sibilants dans le poumon droit. Un examen radioscopique ne montre pas de différence nette entre les deux sommets pulmonaires.

A droite, de la partie inférieure, à deux travers de doigt au-dessus du diaphragme, on voit une petite image lacunaire. Un cliché confirme l'image radioscopique. Un examen de crachats montre la présence de quelques rares bacilles de Koch.

La malade entre le 20 Décembre 1929 dans le Service du Professeur Léon Bernard et un pneumothorax artificiel droit est institué le 24 Décembre :

— 5 — 10 75 0 300 air — 3 — 9

le 26 décembre :

— 3 — 10 400 air — 1 — 8

Trois jours après la deuxième insufflation, la malade présente une petite hémoptysie de quelques crachats sanglants la température atteint 39°, puis rapidement tout rentre dans l'ordre et la malade quitte le service le 11 Janvier 1930. Son pneumothorax est insufflé au Dispensaire. Le collapsus pulmonaire est très bon.

A partir du mois de Mai 1930 on ne trouve plus de bacilles dans l'expectoration. La malade va bien jusqu'au mois de Novembre 1930, époque à laquelle elle commence une grossesse très mal supportée. La malade maigrit beaucoup, se sent fatiguée. L'interruption de sa grossesse est décidée, celle-ci a lieu le 23 Janvier 1931 à la clinique Tarnier (réaction de Vernes : 19) pose de laminaire, le jeudi soir, le lendemain matin anesthésie épidurale et anesthésie des paramètres à la novocaïne. Relâchement complet du vagin. Le col de l'utérus est très souple, cependant l'orifice interne est fermé, on dilate aux bougies assez facilement et on pratique un curage digital qui permet de ramener un petit fœtus intact et un placentà. Pas d'hémorragie, suites opératoires normales.

A partir de ce moment, la malade va mieux et les insufflation sont continuées tous les 15 jours au Dispensaire. La malade reprend du poids et au mois de Mai 1932, 16 mois après l'avortement thérapeutique, son pneumothorax est toujours sec et efficace.

OBSERVATION N° 62

PR... Joséphine, 31 ans.

Tuberculose du poumon droit traitée par un pneumothorax thérapeutique artificiel efficace. Une très légère bilatéralisation se dessine en cours de traitement, la malade commence une 4^e gestation qui la fatigue et un avortement thérapeutique est pratiqué au deuxième mois. Un an après la malade va bien.

La malade avait présenté une grippe banale en 1928. puis semblait complètement rétablie. Au mois de Janvier 1930 elle a présenté une fistule anale qui n'a jamais cessé de sup-purer. Elle a deux enfants bien portants, un troisième est mort de diphtérie.

Peu à peu la malade maigrit, se sent très fatiguée, elle tousse d'abord sans expectorer, mais à la fin du mois d'Août elle présente un petit crachat sanglant qui l'inquiète. Elle vient au Dispensaire Léon Bourgeois le 1^{er} Septembre 1930. Température à 38°9 le soir. Un examen radioscopique montre à droite une diminution de transparence du champ pulmonaire constituée par des taches et marbrures. L'image thoracique gauche paraît normale. L'examen stéthacoustique révèle l'existence d'une respiration soufflante dans tout le poumon droit avec quelques craquements dans les fosses sus et sous épineuses.

La malade entre le 29 Septembre 1930 dans le service du Professeur Léon Bernard, son expectoration est bacillifère, un

pneumothorax thérapeutique droit est institué le 7 Octobre 1930.

La malade reprend du poids. Le collapsus pulmonaire est bon et le 15 Novembre quand la malade quitte le service on ne trouve plus de bacilles de Koch dans l'expectoration. On continue les insufflations au Dispensaire.

Au mois de Mars 1931, la malade présente quelques troubles digestifs. Au point de vue pulmonaire, elle ne tousse plus, ne crache plus, mais on note à gauche une exagération des ombres hilaires. Le 17 Juillet 1931, il existe quelques petites taches le long de la paroi du côté gauche.

Le pneumothorax droit est toujours sec, total et efficace.

Au mois de Juin la malade commence une grossesse qui la fatigue beaucoup, elle maigrit. On note l'existence de quelques travées intercléïdo-hilaires à gauche. Dans ces conditions le Docteur Triboulet décide de faire pratiquer une interruption de gestation à la Clinique Tarnier. Le 31 Août 1931 pose de laminaires. Le lendemain curettage ramenant des débris placentaires. 38° le deuxième jour, puis température normale. Par la suite le pneumothorax est continué et en Mai 1932, la malade va bien.

OBSERVATION N° 63

Mme BOUR... Renée, 28 ans.

Tuberculose du poumon gauche traitée par un pneumothorax artificiel efficace. Un an après le début du traitement, la malade commence une troisième grossesse qui la fatigue, amenant une bilatéralisation des lésions. Un avortement thérapeutique est pratiqué au deuxième mois de la gestation. Suites opératoires normales. Cinq mois après, la malade commence une cinquième grossesse ; son état pulmonaire et général s'est très amélioré et on décide de la laisser évoluer jusqu'à terme.

Cette jeune femme qui n'avait jamais présenté d'antécédant tuberculeux fait au mois de Janvier 1929 une « grippe » qui l'oblige à quitter son travail pendant 3 mois. A la suite de cet épisode aigu elle présente de la fatigue, elle tousse mais n'expectore pas. En mars 1930 elle présente un nouvel épisode aigu, maigrit et commence à expectorer, son médecin l'envoie au Dispensaire Léon Bourgeois.

Un examen radioscopique montre dans le champ pulmonaire gauche des tâches et marbrures présentant sous la clavicule l'aspect en mie de pain, à l'auscultation on entend des craquements sous la clavicule et dans la fosse sous épineuse gauche.

La malade a deux enfants de 5 et 2 ans. Ces deux grossesses ont été parfaitement supportées.

Elle entre dans le Service du Professeur Léon Bernard le 21 Mai 1930. Température à 37°8. Son expectoration est bacillifère. Un pneumothorax thérapeutique gauche est institué le 28 Mai 1930. Un examen radioscopique montre un bon décollement pulmonaire. Il existe une trace de liquide dans le sinus costo-diaphragmatique. Au mois de Juillet elle fait une poussée thermique et le liquide augmente de quantité. Avec le repos son état s'améliore et la malade quitte le service le 28 Août 1930.

Au mois de Mars 1931 la malade commence une grossesse. Elle se sent à nouveau très fatiguée. Température à 38°5. Elle vient le 16 Mars 1931 consulter le Professeur Léon Bernard qui trouve une bilatéralisation des lésions et l'envoie à la Clinique Tarnier (Service du Professeur Brindeau) en vue d'une interruption de grossesse, celle-ci est pratiquée le 22 Mai 1931. On a l'intention de pratiquer une énucléation de l'œuf par voie abdominale et de ligaturer les trompes pour stériliser la femme.

Anesthésie de la paroi abdominale. Il existe des adhérences abdominales entourant complètement l'utérus. Il est de ce fait impossible d'arriver sur le fond de l'organe. Fermeture de la partie abdominale. On opère par le bas. Anesthésie épidurale de cul de sac et du tissu peri-cervical. On pratique une césarienne vaginale. Décollement à la curette de Cuzzi, extraction de l'œuf à la pince. Fœtus petit en deux morceaux

représentant une grossesse de deux mois environ. Malgré l'injection intra musculaire d'hypophyse la femme perd toujours un peu de sang. On laisse une mèche dans l'utérus. Une mèche dans le vagin. Suites opératoires sans poussées fébriles.

En Juillet 1931 le pneumothorax est toujours continué mais par suite de symphyse les insufflations deviennent plus difficiles.

Le 14 Octobre 1931 on note dans la partie supérieure du hile droit quelques taches apparaissant à la toux, de plus une plage lenticulaire est réunie au hile par des trainées denses. Depuis son avortement la malade est fatiguée. Elle part à Cambo. Elle revient à Paris en Février 1932 à nouveau enceinte de 4 mois $1/2$ la malade est apyrétique, son séjour à Cambo l'a beaucoup améliorée. Elle ne tousse presque plus, n'expectore que des crachats d'apparence salivaire ne contenant pas de bacilles de Koch.

La grossesse étant de 4 mois $1/2$ et l'enfant commençant à remuer l'avortement est contre indiqué d'autant plus que des complications locales seraient à craindre. D'autre part, l'état pulmonaire et un Vernes peu élevé : 22, permettent d'envisager avec le maximum de chance son accouchement sans complications du côté pulmonaire.

Nous n'avons pas pu avoir par la suite de nouvelles de cette malade et nous ignorons dans quelles circonstances s'est produit l'accouchement.

OBSERVATION N° 64

MOSC... Pauline, 26 ans.

Tuberculose excavée du poumon droit traitée pendant 4 ans par un pneumothorax artificiel efficace. Très légère bilatéralisation au moment de la cessation des insufflations coïncidant avec le début d'une 5° grossesse. Interruption de gestation pratiquée au deuxième mois, suites opératoires normales ; 4 mois après, excellent état pulmonaire.

Le début de la maladie semble remonter au mois de Septembre 1927 où la malade à la suite d'une grippe qui a duré environ 3 semaines a commencé à ressentir des douleurs dans le dos et dans la région de l'omoplate droite, de plus elle tousse et crache un peu le matin, elle est très essoufflée au moindre effort. La malade a eu 4 grossesses normales.

Elle vient au Dispensaire Léon Bourgeois le 5 Décembre 1927. L'examen sthétacoustique ne révèle aucune anomalie respiratoire. L'examen radioscopique montre une diminution de transparence du 1/3 supérieur du champ pulmonaire droit sans limite inférieure nette avec une spéléonque sous la partie externe de la clavicule. La transparence du champ pulmonaire gauche est normale. L'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch. La malade entre le 6 Décembre 1927 à la Crèche Landouzy avec son enfant. Un pneumothorax droit est institué le 14 Décembre 1927. Un épanchement de liquide dans la plèvre apparaît au mois de Juillet 1928, amenant une très légère symphyse de la base du poumon.

Les années 1929 et 1930 se passent sans incident, la malade ne tousse plus, ne crache plus, le moignon pulmonaire est très clair. En 1931 les insufflations n'ont lieu que toutes les trois semaines.

En Janvier 1932 la malade présente un épisode fébrile aigu, reste un mois sans venir se faire insuffler et le poumon revient à la paroi.

Le 6 janvier 1932, son champ pulmonaire droit présente une légère diminution de transparence homogène. La malade est enceinte de 4 mois environ. Dans le poumon droit il ne persiste qu'une zone incrustée et scléreuse répondant à l'ancienne lésion.

Dans le poumon gauche légère infiltration sous claviculaire avec une condensation externe présentant en son centre une petite zone claire. Réaction de Vernes : 41, il serait évidemment possible de faire un pneumothorax artificiel gauche mais la poussée peut continuer à se développer pendant la grossesse.

Etant donné l'existence de grossesse itérative la ligature des trompes est décidée.

Avortement thérapeutique pratiquée à la Clinique Tarnier le 1^{er} Mars 1932. Rachianesthésie ; quelques vomissements à la fin. Incision sous ombilicale, on aperçoit le fond utérin à 3 travers de doigt au dessus du pubis. Fixation du fond utérin. Incision sur la face antérieure et sur le fond, le placenta est inséré en avant, l'utérus est moins bien rétracté que normalement. Injection dans le muscle utérin d'un demi cm³ d'hypophyse. L'utérus se rétracte immédiatement, on peut avoir l'œuf entier en le décollant au doigt et en s'aidant d'expression. Fermeture en trois plans. Suites opératoires 38°5 à 38°5 pendant 5 jours, puis effervescence et retour à la normale.

Depuis cette interruption de gestation la malade conserve un bon état général.

OBSERVATION N° 65

LE... Marcelle, 20 ans.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse droite traitée par un pneumothorax artificiel au cours d'une grossesse. Une bilatéralisation se produit peu de temps après l'accouchement qui nécessite un traitement par pneumothorax bilatéral. Un an après l'institution de ce traitement, la malade commence une deuxième gestation mal supportée. Un avortement thérapeutique est pratiqué au deuxième mois, suivi d'une section des trompes. Vingt mois après le pneumothorax bilatéral est toujours entretenu et la malade conserve un état général excellent.

Le début de la maladie semble remonter au mois de Novembre 1926 par un épisode pulmonaire aigu. (fièvre, toux sans expectoration). A la suite de cette maladie, la malade maigrit un peu, mais tout semble rentrer dans l'ordre.

Ce n'est qu'à la fin de l'année 1927 que la malade maigrit beaucoup et commence à expectorer. Elle va consulter à

l'Hôpital Tenon où l'on constate l'Hôpital Tenon où l'on constate l'existence de petites spélonques dans l'apex du poumon droit, un pneumothorax thérapeutique proposé est refusé par la malade.

La malade vient le 23 Janvier 1928 au Dispensaire Léon Bourgeois, l'examen radioscopique montre à droite un hile très arborescent, le sommet du poumon s'éclaire faiblement à la toux. Il existe entre le hile et la clavicule un foyer de taches avec une image spéléomorphique dans l'angle pariéto-claviculaire.

A l'auscultation : râles bulleux dans la moitié supérieure du poumon droit.

L'auscultation du cœur permet d'entendre un souffle mésosystolique. La malade entre le 11 février 1928 dans le service du Professeur Léon Bernard. Son expectoration est bacillifère. La malade est à ce moment au troisième mois d'une première grossesse bien supportée. Elle consent à l'institution d'un pneumothorax thérapeutique droit. Le collapsus est bon et la malade quitte le service le 15 Mars 1928.

En Avril 1928 les bacilles ont disparu de l'expectoration. A la fin de sa grossesse, la malade présente quelques troubles digestifs. Elle accouche normalement au mois de Juillet 1928 d'un garçon psant 3 kilos 250. Suites de couches normales.

Le pneumothorax est toujours entretenu au Dispensaire.

Mais deux mois après l'accouchement, on voit apparaître dans le champ pulmonaire gauche quelques taches péri-hilaires. La malade recommence à tousser et à expectorer et au mois de Décembre 1928 un cliché montre à gauche : 2 petites spélonques nettes, l'une en regard du hile, l'autre dans l'extrême sommet.

Un pneumothorax gauche est institué le 10 Mai 1929, le décollement pulmonaire est très bon ; le pneumothorax est sec, électif ; la spélonque parahilaire n'est plus visible, celle du sommet est encore très nette.

Pendant toute l'année 1930, le double pneumothorax est continué. Au mois d'Août 1931, la malade commence une deuxième grossesse qui la fatigue. Elle est envoyée à la Clinique Tarnier (Service du Professeur Brindeau) en vue d'une interruption de gestation. Le 23 Octobre 1931, on pratique

un hystérectomie. Anesthésie régionale à la novocaïne ; incision sous-ombilicale ; on attire le fond de l'utérus sur la ligne médiane à la partie haute. Piqûre d' $1/4$ cm³ d'hypophyse dans le muscle. Décollement de l'œuf qui sort spontanément et qui est intact. Puis, section des trompes entre deux ligatures. Suites de couches normales, sans poussées fébriles.

L'état pulmonaire et général de la malade se maintient très bon. Son pneumothorax bilatéral est toujours entretenu et au mois de Mars 1932, la malade va très bien.

Nous diviserons les 5 observations de ce chapitre en 3 catégories :

a) *Trois malades ont eu une interruption de gestation alors qu'elles étaient traitées par un pneumothorax unilatéral.* Obs. N° 61, N° 62, N° 63. Les suites opératoires n'ont été subfébriles que dans un cas (Obs. N° 62).

Dans l'Observation N° 63, l'état pulmonaire de la malade s'était amélioré de telle façon qu'on lui a permis de supporter une 2^e gestation 5 mois après l'avortement thérapeutique. Malheureusement, nous n'avons pu la suivre et nous ignorons quelles furent les suites de cet accouchement.

Chez toutes ces malades, le pneumothorax est toujours en cours, entretenu dans de bonnes conditions.

b) *Une malade a eu une gestation interrompue après la cessation du traitement par pneumothorax :* Obs. N° 64. Il s'agissait chez elle d'une bilatéralisation des lésions coïncidant avec le début de la grossesse, alors que le pneumothorax était cessé depuis un mois ; 4 mois après l'avortement thérapeutique : bon état pulmonaire et général.

c) *Une malade a eu une gestation interrompue alors qu'elle était traitée par un pneumothorax bilatéral :* N° 65. Nous avons déjà parlé de cette ma-

lade au Chapitre V, elle avait eu une première gestation pendant laquelle un traitement par pneumothorax droit avait été institué. Après l'accouchement : bilatéralisation du traitement. Grossesse ultérieure pour laquelle on pratique un avortement thérapeutique et une section des trompes. Neuf mois après l'intervention, la malade va bien.

En résumé, nos 5 observations relatent des cas favorables. Mais les observations N° 61 et N° 62 exceptées — où l'intervention a eu lieu il y a plus d'un an — il nous reste 3 observations pour lesquelles nous ne pouvons conclure, l'intervention étant encore trop proche de nous.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre étude sur les rapports de la collapsothérapie chez les gestantes tuberculeuses, nous tirerons les conclusions suivantes :

1) Le pronostic autrefois si sombre de la tuberculose chez les femmes enceintes a été considérablement amélioré depuis l'institution des méthodes collapsothérapeutiques.

2) Lorsqu'un pneumothorax artificiel a déterminé une guérison clinique de la tuberculose, une gestation survenant quelques mois ou quelques années après la cessation du traitement ne semble pas donner lieu à une reviviscence de la tuberculose.

3) Chez les tuberculeuses traitées par pneumothorax artificiel et devenues enceintes en cours de traitement, on doit d'autant moins redouter une aggravation de leur tuberculose que le début de la gestation est plus éloigné du début du pneumothorax.

4) Une tuberculose révélée ou aggravée par la gestation doit être traitée par la collapsothérapie ou la chrysothérapie, afin d'améliorer le pronostic sûrement redoutable si aucun traitement n'est institué.

5) Chez les femmes traitées par pneumothorax bilatéral et commençant une gestation, nous ne pouvons à priori porter un pronostic défavorable quant à l'influence de la grossesse sur les lésions tuberculeuses.

6) Dans les formes graves de tuberculose trai-

tées à la fois par un pneumothorax et par la chrysothérapie, nous avons obtenu 2 améliorations sur 4 cas envisagés. Nous pensons que ce double traitement peut avoir parfois une heureuse influence et permettre aux tuberculeuses de mener à bien leur gestation.

7) Chez les tuberculeuses traitées par pneumothorax et ayant subi une interruption de gestation, nous ne pouvons conclure de façon absolue à l'heureuse influence de l'intervention sur la tuberculose. Les résultats que nous publions sont excellents, mais nous pensons qu'il faut s'interdire d'édicter des règles fixes et que chaque cas particulier doit être envisagé.

8) Nous croyons qu'il faut tenir compte pour chaque malade, de facteurs divers dont les principaux sont :

- a) la forme de tuberculose du poumon atteint.
- b) l'état du poumon opposé.
- c) l'efficacité du pneumothorax qui, dans certains cas, sera plus grande si on lui substitue un oléothorax.
- d) la régularité et la continuité du traitement.
- e) les complications propres au pneumothorax.
- f) Enfin, nous pensons qu'il faut toujours tenir le plus grand compte des facteurs sociaux ou moraux variables d'une malade à une autre et si importants dans le long traitement qu'exige une telle maladie.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
LÉON BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexandro, A. Raimondi, Gonzalez y Carlos de la Colina. — *Tuberculose pulmonaire et grossesse. La compression thoracique aussitôt après l'accouchement, comme traitement préventif.* (La Prensa Méd. Argentina, 20 janv. 1927).
- Alfieri. — *Les directives thérapeutiques dans les cas de tuberculoses pulmonaires compliquant la grossesse* (Bull. d. Soc. Méd. Chir. Pravia 1926, p. 633-643).
- Anderodias. — *Tuberculose pulmonaire et grossesse* (La Puériculture. Sept. Oct. 1927).
- Amodru. — *Grossesse et accouchement évoluant normalement au cours d'une tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax artificiel.* (Arch. Méd. Chir. de province, Décembre 1922).
- Ameuille. — *Pneumothorax artificiel thérapeutique* (Journal des Prat., 9 Juillet 1922).
- Andler (Pierre). — *Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction (résultats du pneumothorax artificiel pratiqué avant et pendant la gestation, Thèse de Paris 1927).*
- Professeur Bar. — *De la tuberculose compliquée de grossesse — Tuberculose et gestation* (Acad. de Méd. 11 Juillet, 14 (Conf. de Madrid 1921). Novembre, 19 Décembre 1922).
- *Sur l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose* (7^e Congrès de la Tuberculose, Rome 1902.)
- Bar et Devraigne. — *La sensibilité des femmes enceintes à la tuberculose.* (Rev. Mens. d'Obs. et de Gyn, avril 1908).
- Bayle. — *Traitement Médical de la Tuberculose dans la Grossesse.* (Conc. Méd. 12 Février 1928).
- Professeur Léon Bernard. — *Gestation et Tuberculose pulmonaire.* (Presse Méd. 16 Novembre 1921).

- *Rapports de la tuberculose et de la grossesse.* (Acad. de Méd., 19 Décembre 1922).
(Paris, Médical 6 Janv. 1923).
- *Relations de la tuberculose pulmonaire et de la maternité.*
- *Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire* (Communication à la Soc. d'Obst. et de Gyn. Mars 1921).
- *La tuberculose pulmonaire* (Masson, édit. 1921).
- *Le pneumothorax artif. et lésions pulmon. bilat.* (Soc. Méd. des Hôpitaux, 5 Novembre 1920).
- Professeurs Léon Bernard et Ch. Mayer. — *La chrysothérapie préventive chez les tuberculeuses enceintes.*
- Professeurs Léon Bernard et Debré. — *Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge.* (Paris-Médical, 1^{er} Juin 1921, Acad. de Méd. 5 Oct. 1920 et 15 Mai 1923. Annales de Méd., Mai 1923).
- Professeurs Léon Bernard et Baron. — *Les pleurésies du pneumothorax artificiel* (Presse Médic., 10 Décembre 1924).
- Professeur Léon Bernard, Salomon et Joannon. — *Influence de la menstruation sur la cuti-réaction des femmes tuberculeuses* (Soc. Méd. des Hôp., 1^{er} Juillet 1921).
- Professeur Léon Bernard, Baron et Valtis. — *Résultats du pneumothorax artificiel* (Bull. de l'Acad. de Médec., 6 Janv. 1925).
- Professeur Léon Bernard, Valtis et Triboulet. — *Amaigrissement au cours du pneumothorax* (Rev. de la Tubercul., Juin 1930).
- Bertier. — *Pneumothorax artificiel* (Traité de pathol. Méd., Maloine, édit., 1920).
- Professeur F. Bezanson. — *La période menstruelle chez les tuberculeuses* (Bull. Médic., 1913, n° 83).
- *Conception actuelle de la tubercul. pulmon.* (La Médecine, n° 8, 1923).
- *L'auscultation dans la tubercul. pulmon.* (Soc. de Méd., 1905).
- *Les bases actuelles du problème de la tuberculose* (Masson, édit., Paris 1922).
- *Le pneumothorax thérapeutique* (La Médecine, n° 9, Juin 1926).

- *L'orientation nouvelle de la lutte anti-tuberculeuse créée par la généralisation des méthodes de collapsothérapie* (Bull. de l'Acad. de Méd., mai 1930 ; Revue de phthisiologie médico-sociale, juin 1930 ; Revue de la Tuberculose, Octobre 1930).
- Professeur F. Bezançon et De Serbonnes. — *Les poussées évolutives de la tuberculose chronique* (Soc. Méd. des Hôp., 17 Mars 1910).
- Professeur F. Bezançon, Azoulay et Chabaud. — *Pneumothorax artificiel* (Revue de la tubercul., Août 1925).
- Professeur Bezançon et Braun. — *La notion du repos dans le traitement de la tuberculose pulmonaire* (La Médecine, Mai 1925).
- *La Tramite tuberculeuse initiale* (Réunion commémorative du centenaire de Vilemin. Presse Méd., 31 Déc. 1927).
- Professeur Bezançon, Braun et Janine Frey-Ragu. — *Tubercules ignorées décelées par l'examen systématique* (Revue de la Tuberculose, Février 1930).
- Professeur Bezançon et Hauduroy. — *Filtration du bacille de Koch par la méthode de Vaudremer* (Section d'études scientif. pour la tuberculose, 12 Janv. 1924).
- Professeur Bezançon et Jacquelin. — *Pneumothorax partiel bilatéral simultané*. (Presse Méd., 17 Sept. 1924 ; Société d'études scientif. de la tubercul., 10 mai 1924).
- Balard et Aumont. — *Tuberculose compliquée de grossesse* (Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, juin 1924).
- Bauer de Davos. — *Menstruation, grossesse et tuberculose pulmonaire* (Schweizerische medizinische wochenschrift Basel, Tome 56, n° 7, Nov. 1926).
- Bompiani. — *Sur la valeur du pneum. thérapeut. dans l'état de gestation*. (Tuberculose, N° 22, janv., 1930).
- Bompiani et Pasquali. — *L'avortement chez les tuberculeuses gravides* (Congrès de Rome, 1886).
- Bouffe de Saint-Blaise. — *Tuberculose et grossesse* (Soc. d'obs. et de gyn., 27 juin 1921).
- Bosc. — *Grossesse et Pneumothorax artificiel* (Gaz. méd. du Centre, 15 sept. 1922).
- Braun. — *Le stade pré-phthisique de la tuberc. pulm. de*

- l'adulte* (Soc. des méd. des Dispensaires de l'U.P.H.S. de la Seine, mars 1929).
- *Que peut-on attendre du pneumothorax artificiel ?* (Bul. de la Soc. Méd. du 15^e arrd, fév. 1930).
- Braun et J. Frey-Ragu. — *Le pneumoth. à pression minimum systématique* (La Médecine, Mai 1930).
- *Que peut-on attendre du pneumoth. thérap.* (Journal des Prat., 20 Déc. 1930).
- Brindeau. — *Tuberculose et grossesse* (Soc. d'Obst. et de Gyn. 18 juin 1921 ; Congrès de Genève, août 1923).
- Burnand. — *Comment se comporte le poumon du côté opposé dans le traitement de la tubercul. par le pneumoth. artif.* (Presse méd., N° 74, 1913).
- *Etude sur la tuberculose, effets anatomiques de la compression par pneumoth. artif. sur le poumon tuberculeux* (Masson, édit., 1922).
- *Résultats du pneumoth. artif. dans la tubercul. pulm.* (Masson, édit., 1922).
- Burnand et Henkène. — *Les cas d'inopérance du pneumoth. artif.* (Revue de la tuberc., oct. 1925, N° 5).
- Calmette, Couvelaire, Valtis, Lacomme et Saenz. — *Sur la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le liquide amniotique d'un œuf extrait par hystérectomie d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire* (Acad. de Méd., 30 juillet 1929).
- Calmette, Guérin et Weill-Hallé. — *Essai d'immunisation contre l'infection tuberc.* (Acad. de Méd., 24 juin 1924).
- Calmette, Valtis, Boquet et Nègre. — *Etude sur la transmission transplacentaire du virus tuberculeux* (Acad. des Sciences, 19 Oct. 1925).
- Chappaz. — *Grossesse et tuberculose* (Union médicale du Nord-Est, N° 5, Mai 1926).
- Chabaud. — *La bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel, et sa thérapeutique* (Thèse de Paris, 1925).
- Professeur Chauffard. — *Rapports de la tuberculose et de la grossesse* (Bul. Méd., 26 août 1922).
- Cleiz. — *Les idées actuelles sur la tuberculose pulmonaire coïncidant avec la gestation* (Gyn. et obst., T. 7, N° 2, 1923).

- Cohn. — *Tuberkulose und Schwangerschaft* (Beiträge zur Klinik der Tuberk., tome 21).
- Colombet. — *Conduite à tenir en présence d'une femme enceinte atteinte de tuberculose pulmonaire* (Thèse de Lyon, 1912).
- Coulaud et Rolland. — *Section de brides au cours du pneumothorax bilatéral*. (Sect. d'études scient. de l'Œuvre de la tubercul., 8 Décembre 1928).
- Chirié et Walter. — *L'avortement provoqué dans la tuberculose pulmonaire compliquée de grossesse* (Bul. méd., 26 Août 1922).
- Couvelaire. — *Rapports de la tuberculose et de la gravidité* (Soc. d'obst. et de gyn., Paris 1921).
- *Avenir des enfants des femmes atteintes de tuberculose pulmonaire* (Soc. d'obst. et de gyn., novembre 1923).
- *Une maternité pour tuberculeuses (service annexé à la Clinique Baudelocque)* (Soc. d'obst. et de gyn., juin 1926).
- *Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse* (Acad. de Méd., 23 nov. 1926 et séances suivantes).
- *Tuberculose et fonction de reproduction chez la femme* (Méd. et Tuberc., mai 1927).
- Curti. — *Terapia pneumothoracica e gravidanza* (Policlinico-pratico, 10 oct. 1927).
- Czackes. — *Maternité et tuberculose* (Thèse de Strasbourg, 1926).
- P. Courmont. — *Tuberculose et grosses, pneumothorax artificiel au cours de la grossesse* (Presse médic., 1925).
- Dantier. — *Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur la tuberculose* (Thèse de Paris, 1920).
- Decaulne. — *Pneumothorax et grossesse* (Th. de Paris, 1925).
- Delmas. — *Tuberculose et puerpéralité* (Clinique et labor., mai 1922 ; Montpellier médic., 15 nov. 1922 ; réunion obst. et gyn. de Montpellier, séance du 5 déc. 1923).
- Demelin. — *Tub. pulm. et grossesse* (Journal des Prat., 2 et 9 mars 1929).
- Dumarest et Brette. — *Grossesse et tuberculose* (Presse médic., 21 juin 1922 ; Acad. de Méd., 27 juin 1922 ; Acad. de Méd., 3 oct. 1922).

- Dumarest. — *La tubercul. pulm. et la grossesse* (Monde médical, 1924).
- Dumarest et Mollard. — *Traitement durique de la tubercul.* (Revue de phthisiol., janv.-fév. 1930).
- Dumarest, Murard et Brette. — *La pratique du pneumoth. artif.* (Masson, édit. 1923).
- Fabre-Thomas. — *Tuberculose et puerpéralité. Essai critique des indications de l'avortement provoqué dans la tubercul.* (Thèse de Paris, 1925).
- Forlanini. — *La gravidanza quale complicazione del pneumothorace terapeutico* (Riv. di path. e clin. tuberc., 30 sept. 1926).
- Forssner. — *Rapports à la Conférence de Lausanne 1924, sur les relations entre l'état de gestation et la tuberculose* (Revue de la tuberc., 1924).
- Frostin. — *Le pneumothorax partiel bilatéral dans le traitement des femmes enceintes et accouchées* (Th. de Paris 1927).
- Fruhnholz. — *Avortement thérapeutique et tuberc. pulm.* (Rev. méd. de l'Est, Tome 51, n° 7).
- Gendron et Moissard. — *Pneumothorax artif. et grossesse.* (Gaz. méd. de Nantes, Avril 1922).
- Gilbert de Bruxelles et Prof. Héger. — *Doit-on encore pratiquer des avortem. thérap. en raison de tuberc. pulmon ?* (Bruxelles médic., 25 janv. 1931).
- Girard. — *Tuberculose et puerpéralité* (Th. Montpellier 1923).
- Godreau. — *Tuberc. et puerpéralité* (Th. de Toulouse 1906).
- Gray. — *Quatre observ. de pneumoth. au cours de la grossesse* (Associat. de tuberc. de Saint-Louis, 1920).
- Grélier. — *Pneumothorax et grossesse* (La Clinique, Mont-réal, sept. 1921).
- Grimbert. — *Grossesse et pneumoth. artif.* (Th. Paris, 1923).
- Grisolle. — *De l'influence que la grossesse et la phtisie exercent l'une sur l'autre* (R. gén. de méd., Tome 22, p. 1830).
- Guillaumet. — *Grossesse et tuberculose, avortem. thérapeut.* (Th. de Lyon 1922).

- Hemburger. — *De la nécessité d'interrompre la grossesse chez les tuberculeuses* (Berlin, Wochenschr. Klinik, 1902).
- Hergott. — *Discussion sur la tuberc. et la gestation* (Acad. de Méd., 22 nov. 1922).
- Hervé. — *Grossesse et pneumoth.* (Section d'études scientif. de la tuberc., 8 janvier 1921).
- *Gestation et tuberculose* (Gaz. médic. du Centre, 1922).
- Hervé et Roussel. — *Gestation et tuberculose* (Conf. internat. de al tuberc. de Lausanne, 1924).
- Professeur Jeannin. — *De l'influence de la grossesse sur la tuberculose* (Le Progrès Médical, 9 juillet 1927).
- Léon Kindberg. — *Le pneum. bilatéral* (Progrès Méd. 1928).
- Küss. — *Conduite de la cure dans le pneumoth. artif.* (La Méd., mai 1921).
- *Tuberculose pulm. et gestation* (Soc. d'obst et de gyn., 8 janv. 1922).
- *Mode d'action du pneumoth. artif. dans la tuberc. pulm.* (Bul. méd., N° 13, 1922).
- Lacomme. — *Une Maternité pour tuberculeuses annexée à la Clinique Baudélocque* (Th. de Paris, 1926).
- Lasègue. — *De l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur la tuberculose* (Th. de Paris, 1880).
- Laumonnier. — *Grossesse et tubercul.* (Gaz. des Hôp., 6 mars 1923).
- Lelong. — *L'enfant issu de parents tuberculeux* (Th. de Paris, 1925).
- Leuret et Caussimon. — *Des fièvres menstruelles dans la tubercul. pulm.* (Revue de la tubercul., 1925).
- Luton. — *Un cas de pneumoth. artif au cours de la grossesse* (Centre méd., mai 1927).
- Lydin et Linde. — *Tuberculose et grossesse* (Zeitschrift für Tuberkulose, tome 56, 1930).
- Mayer (Charles). — *Le thiosulfate double d'or et de sodium dans le traitement de la tuberc. pulm.* (Th. Paris, 1927).
- Mazet. — *Tubercul. et grossesse* (Th. de Paris, 1925).

- Metzger. — *Discussion sur les rapports de la tubercul. et de la gestation* (Soc. d'obst. et de gyn., 1922).
- Mignot. — *Tubercul. pulm. et grossesse* (L'Hôpital, mai et juin 1927).
- Mitrovitch. — *Tubercul. pulm., pneumoth. artif. et gestation* (Th. de Paris 1922).
- Morvezen. — *Tubercul. et grossesse* (Th. de Paris, 1922).
- Morissan-Lacombe. — *Tubercul. et gestation* (Journal de Méd. de Paris, 1924).
- Mourgues. — *Tubercul., grossesse et pneumoth. artificiel* (Th. de Toulouse, 1925).
- Naveau. — *Les résultats du pneumothorax artificiel* (Statistique du service du Docteur Rist). (Th. de Paris, 1925).
- Professeur Nobécourt et Paraf. — *L'influence de la grossesse sur l'état pulm. et pleural, l'anergie tuberculeuse au cours de la grossesse et de l'allaitement* (Presse Médic., 18 fév. 1920).
- Norvegen. — *Tuberculose et grossesse* (Th. de Paris, 1922).
- Parisot, Simonin et Vermelin. — *Tubercul. pulm., grossesse, pneumoth. artif. consécutif, amélioration* (Presse méd., oct. 1925).
- Péaud. — *Contribution à l'étude des rapports réciproques de la tubercul. et de la puerpéralité*. (Th. de Paris 1920).
- Pénaire. — *Du pneumothorax thérapeutique chez les tuberculeuses gravides* (Th. de Paris, 1931).
- Pietroforte. — *Gravidanza, Pneumotorace artificiale et tubercolosi pulmonare* (Rivista di prat. Clinica tubercul., 31 janv. 1928).
- Prof. Pinard. — *De l'avortement soi-disant thérapeutique chez les femmes en état de gestation* (Acad. de Méd., 1912).
— *Tuberculose et Grossesse* (Acad. de Méd., nov. 1922).
- Pissavy. — *Le pronostic de la tubercul. pulmon.* (Presse médic., 9 janv. 1926).

Professeur Potain. — *Des injections intra-pleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax* (Acad. de Méd., 24 avril 1888).

Raillet. — *Tuberculose et gestation* (Archives de Méd. et de Chir. de Province, oct. 1923).

Rainardi et Gonzalès. — *Le pneumoth. artif. pendant la grossesse et au cours de l'accouchement* (Revue méd. latine et améric., sept. 1925).

E. Rist. — *Tubercul. pulm. et gravidité* (Soc. d'Obst. et de gyn., 14 Mars 1921. Revue de la Tubercul., 1921).

— *Rapport à la Conférence de Lausanne, 1924* (in Revue de la tubercul. 1924, N° 6).

— *Tuberculose et grossesse.* (British medic. journ., 13 août 1927).

— *Quand faut-il interrompre le pneumoth. artif.* (Revue de la tubercul., oct. 1930).

Rist et Coulaud. — *Grossesse survenue au cours d'un pneumothorax bilatéral* (Rev. de la tubercul., juin 1929).

— *Pneumothorax bilatéral et grossesse* (Soc. d'études scient. de l'Œuvre de la tubercul., 8 déc. 1928).

Rist et Hirschberg. — *L'aspect économique et social du traitement de la tubercul. pulm. par le pneumoth. artific.* (Soc. méd. des Hôpitaux, 12 janv. 1923).

Rist, Rolland et Ravina (A.). — *Tuberculose pulmonaire, pneumothorax artif. et gravidité* (Soc. médic. des Hôp., 19 novembre 1920).

W. Roloff. — *Entbindung bei doppelseitigen Pneumothorax* (Beitrage zur Klinik der Tuberkulose, 1929).

— *Zur Kollapsbehandlung duntentuberkulose Schwangeren* (Zentral Blatt für Gynecology, n° 47, 1929).

Ronzini. — *Tuberculose pulmonaire et collapsothérapie uni et bilatérale dans la gravidité.* (Clinica obstétrica, sept. 1928).

Sabourin. — *Le mariage des tuberculeux* (Journal des Prat., 6 sept. 1918).

Sayé de Barcelone. — *Broncho-pneumonie tuberculeuse caséo-*

ulcéreuse, traitement par thoracoplastie extra-pleurale au 5^e mois d'une grossesse. Guérison clinique après 2 ans et demi. (Soc. méd. des Hôp., 17 déc. 1926).

Sayé, Careras et Seix. — *Etat actuel des relations existant entre la tuberculose et la grossesse* (Rev. médic. de Barcelone, sept. 1924).

Schwatt. — *Tubercul. et gestation* (New-York Médic. Journal, 5 juillet 1922).

Professeur Sergent. — *Tuberculose et gestation* (Acad. de Méd., 11 juillet 1922 ; 12 et 19 déc. 1922).

— *Traitement préventif de la tubercul. pulm. du post-partum par l'établissement, aussitôt la délivrance, d'un petit pneumothorax bilatéral* (Paris-Méd., 2 juin 1926).

— *Grossesse et tubercul.* (Revue de pathol. comparée et d'hygiène générale, 5 juin 1927).

— *Traité de pathologie médicale* (Maloine, édit.).

Professeur Sergent, Durand et Benda. — *Transmission placentaire de tubercul.* (Acad. de Méd., 7 janv. 1926).

Siredey. — *Rapports de la tuberculose et de la gravidité* (Soc. d'Obst. et de Gyn., 14 mars et 18 avril 1921).

Schweitzer. — *L'interruption de la grossesse et les interventions stérilisatrices dans la tuberculose du poumon et du larynx* (München Méd. Woche, 1922).

Société des Médecins de Leysin. — *Grossesse et tubercul. pulm.* (Presse Médicale, Juillet 1924).

Slater. — *Artificial pneumothorax and pregnancy* (The American Revue of Tubercul., vol. 2, 1918).

Triboulet et Valtis. — *Grossesse ayant évolué normalement chez une femme portant un pneumothorax bilatéral simultané* (Section d'études scient. de l'Œuvre de la Tuberculose, 11 mai 1929).

Tenconi et Pisoni. — *Tuberculose pulmonaire au cours de la gravidité et pneumothorax artificiel* (Osp Maggiore, mai 1927).

W. Unverricht. — *Künstlicher Pneumothorax zur Vermeidung der Künstlichen Fehlgeburt bei Lungentuberkulose.* (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1917, n° 50).

Valtis. — *Filtration du B. K. à travers les bougies de Chamberland* (Revue de la Tuberculose, 1924 et Soc. de Biologie, 18 janv. 1924).

Villemin. — *Grossesse et tubercul.* (Acad. de Méd. 5 déc. 1865)

Van Voornveld. — *Tuberkulose und Schwangerschaft, neuer prospective in dieser behandlung : Therapeutischer pneumothorax als behandlung der lungern tuberkulose bei Schwangeren.* (Correspondenten Blatt für Schweitzer Aertze, Tome 47, n° 22, 1917.)

Wallich. — *Rapport de la tubercul. et de la gestation* (Acad. de Méd., Décembre 1922).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Exposé du plan de la thèse.</i> ..	19
CHAPITRE II. — 1 ^{er} Groupe : <i>Pneumothorax cessé ; grossesse ultérieure</i>	23
CHAPITRE III. — 2 ^e Groupe : <i>Pneumothorax en cours ; grossesse intercurrente</i>	33
CHAPITRE IV. — 3 ^e Groupe : <i>Tuberculose survenant au cours d'une grossesse et soignée par un Pnéumotho- rax artificiel</i>	115
CHAPITRE V. — 4 ^e Groupe : <i>Pneumothorax bilatéral</i> ..	137
CHAPITRE VI. — 5 ^e Groupe : <i>Associations chrysothéra- piques</i>	151
CHAPITRE VII. — 6 ^e Groupe : <i>Interruptions de gesta- tions</i>	163
CONCLUSIONS	175
BIBLIOGRAPHIE	177

